

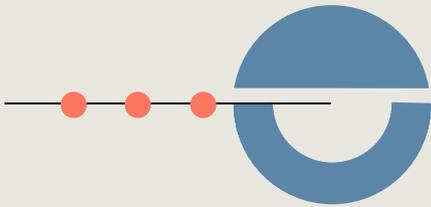
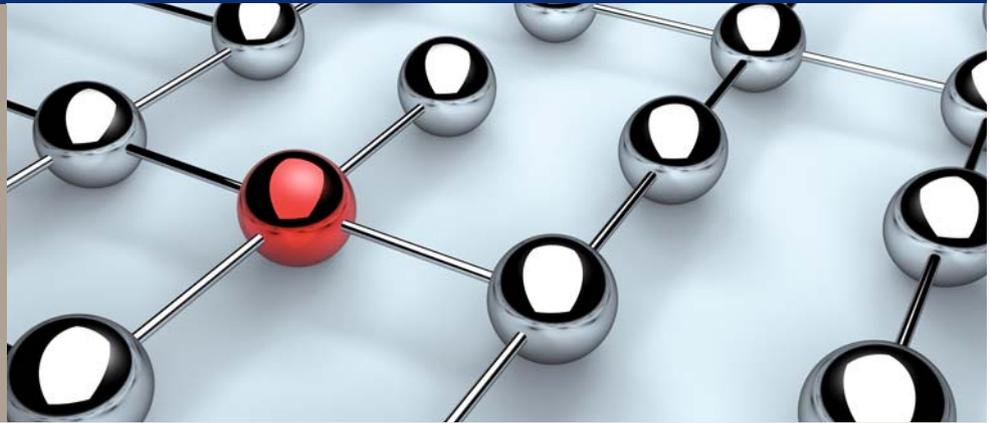
1

September 2010 _ 21. Jahrgang

NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

BDN-Sonderheft
zum 83. Kongress
der DGN 2010



Neue Strukturen
Honorare im Umbruch
Junge Neurologen
116b-Ambulanzen



Dr. med. Uwe Meier
Vorsitzender des BDN



Prof. Dr. med. Hans-Christoph Diener
Vorsitzender des BDN

„Priorisierung jetzt!“

Es hätte ja nicht unbedingt ein Sommermärchen 2010 für die niedergelassenen Neurologen werden müssen, ein gemüthlicher und entspannter Sommer jedoch schon. Verdient hätten wir es in Anbetracht der Historie unserer Honorarentwicklung und unserer Versorgungsleistung allemal. Stattdessen brach ein extrem heißer Sommer über uns herein, im buchstäblichen und im übertragenen Sinn. Eine Honorarreform jagt die nächste und jede ist mit glühender Nadel gestrickt. Die Folgen sind aufgrund der Komplexität für die Macher der Reformen kaum im Detail kalkulierbar.

Hinterher sitzt man zusammen und versucht die Misere zu verstehen, doch jedes Mal wird es komplizierter und schwieriger alles zu enträtseln. Und dabei hätte alles so schön sein können: Nachdem wir es vor der Reform 2008 geschafft haben, den Leistungsbedarf durch Einführung der Betreuungsziffern zu steigern und die Betriebskosten anzupassen, konnte das Honorar bis zu 20 Prozent erhöht werden. Natürlich kamen von vielen Seiten gleich wieder Begehrlichkeiten, uns diese historisch notwendigen Verbesserungen wieder abzugraben, was allerdings bereits im Keim erstickt wurde, weil die Fallwerte von alleine in den Keller purzelten. Ursache war im Wesentlichen die medizinisch in keiner Weise zu begründende Mengenausweitung der sogenannten freien Leistungen durch andere Fachgruppen zu Lasten der Regelversorgung der schwer kranken Patienten. Eine unserer zentralen Forderungen an Selbstverwaltung, Politik und Krankenkassen war daher, diese Dynamik zu durchbrechen. Dies ist auch im Grundsatz in Gänze gelungen, weshalb es zu der freudigen Annahme kam, dass sich die Fallwerte wieder stabilisieren würden. Umso erstaunter waren wir dann über die tatsächlichen Ergebnisse, die uns von den Ländern nach und nach präsentiert wurden und ein Sommeralltraummärchen eingeleitet haben. Die Gründe hierfür und was wir derzeit dagegen tun, sind Themen dieser Sonderausgabe.

Nachwuchs mobilisieren

In den Kliniken macht vor allem der Nachwuchsmangel Sorgen: 5.000 nicht besetzte Stellen im März 2010 sorgen für Unruhe. In neurologischen Kliniken ist dies deutlich zu spüren, und dies bei kontinuierlich steigenden Betten- und Patientenzahlen. Die von der DGN initiierte und von uns unterstützte Öffentlichkeitskampagne steigert die Attraktivität unseres Faches. Wir brauchen uns aber nichts vormachen: Bis diese Kampagne wirksam ist, sind viele von uns schon im Ruhestand. Der wachsende Versorgungsbedarf in der Neurologie wird daher in den nächsten Jahren die große Herausforderung

in der Neurologie bleiben, und zwar stationär, ambulant und auch in der Rehabilitation. Kluge Kooperationen statt Konfrontationen sind daher gefragt. Der Beitrag unseres Verbandsjustiziars Dr. Pflugmacher zum Umgang mit Paragraph 116b-Ambulanzen weist diesbezüglich in die richtige Richtung. Auch unsere Aktivitäten zu überregionalen und regionalen Netzwerkbildungen sind zukunftsweisend. Weil mit den Aufgaben auch der Aufwand und der Organisationsgrad wachsen, haben wir den Support für unsere Mitglieder neu strukturiert und erweitert. Auch hierüber berichten wir in dieser Sonderausgabe.

Dank an alle Mitglieder

Was wir derzeit erleben, ist eine Akzeleration der Berufspolitik. Diese Arbeit ist neben der Patientenversorgung oft kaum noch zu schaffen. Wir sind auf die Landessprecher und unsere Kooperationspartner sowie die vielen Mitglieder angewiesen, die uns in der Arbeit für unsere gemeinsame Sache unterstützen. Der Vorstand möchte sich hierfür an dieser Stelle herzlich bedanken. Gründe, die Solidarität aus Unzufriedenheit mit dem System aufzukündigen, finden sich mühelos. Aber ohne die aktive und passive Unterstützung der Mitglieder kann weder der Vorstand arbeiten, noch können wir Projekte wie das IGES-Gutachten oder unsere Öffentlichkeitsarbeit finanzieren. Hierauf zu verzichten, hieße sich der fortlaufenden Kannibalisierung schutzlos auszuliefern.

Unseres Erachtens brauchen wir perspektivisch eine breit geführte Priorisierungsdiskussion. Bei notwendiger Weise begrenzten Budgets und wachsendem Versorgungsdruck durch Demografie und Fortschritt werden wir die Frage, welche Gesundheitsleistungen weiter in beliebigem Umfang solidarisch finanziert werden können und welche nicht, vehement diskutieren müssen. Prof. Beske hat die Forderung nach einer Priorisierung im Deutschen Ärzteblatt unlängst mit Nachdruck in einem Kommentar mit der Überschrift „Priorisierung jetzt!“ gefordert. Dieser Forderung schließen wir uns hiermit an.

Bedanken möchten wir uns wie immer an dieser Stelle bei der DGN dafür, dass wir wieder Gast sein dürfen auf der diesjährigen DGN-Tagung mit Standaktivität und Veranstaltungen.



„Die Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden ist sehr vertrauensvoll und hat sich über die letzten Jahre ständig verbessert.“

Prof. Dr. med. Heinz Reichmann, Dresden

1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neurologie – DGN

Wir unterstützen uns gegenseitig!

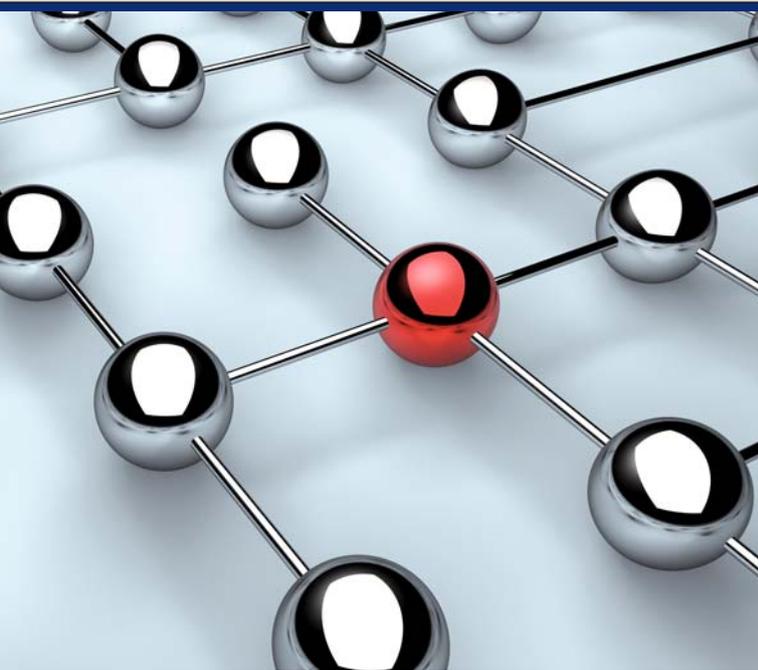
Es ist mir eine große Freude, anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Neurologie auch in diesem Jahr wieder ein Grußwort für den NEUROTRANSMITTER verfassen zu dürfen. Die Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden für Neurologie und Nervenheilkunde ist aus meiner Sicht sehr vertrauensvoll und hat sich über die letzten Jahre ständig verbessert. Wir versuchen uns in unseren Aufgabenfeldern gegenseitig zu unterstützen. So ist die DGN in enger Abstimmung mit den Berufsverbänden bemüht, für ihre Mitglieder eine anständige Honorierung ihrer neurologischen Leistungen zu erreichen, ohne unsere Hauptaufgabe, nämlich qualitativ hochrangige neurologische Ausbildung und Weiterbildung zu garantieren, aus dem Auge zu verlieren.

Durch die Geschäftsstelle können wir sehr rasch auf Mitgliederanfragen von Seiten der Berufsverbände, aber natürlich insbesondere auch von Seiten unserer über 6.000 Mitglieder reagieren und damit sicherlich häufig hilfreich zur Seite stehen. Über die Berufsverbände wird uns in den Programmkommissionen verdeutlicht, welche Themen der Neurologie und der Neurowissenschaften für die niedergelassenen Kollegen von höchster Relevanz sind. Wir versuchen dies dann in der Fortbildungsakademie der DGN jeweils umzusetzen.

Trotz der Freude, in einem der spannendsten Fächer der klinischen Medizin tätig zu sein, steht leider derzeit doch die finanzielle Situation unserer ausschließlich neurologisch tätigen Kollegen im Vordergrund. Wir haben uns deswegen zusammen mit dem Berufsverband Deutscher Neurologen, dem BDN, an die KBV und die Landes-KVen gewandt, um auf eklatante

Misstände aufmerksam zu machen. Ich persönlich bin überzeugt, dass auch nach Gesprächen mit namhaften Politikern, die Wichtigkeit des neurologischen Facharztes zunehmend auch in politischen Kreisen besser wahrgenommen wird und kann mir deswegen gar nicht vorstellen, dass die Zukunft für Neurologen nicht nur von Seiten des akademischen, sondern eben auch von Seiten des ökonomischen Feldes eine negative sein wird. Aus diesem Grunde möchte ich Sie ganz herzlich einladen, die vielfältigen Angebote der Neurowoche und darin enthalten, auch die Jahrestagung der DGN in Mannheim wahrzunehmen. Diese Tage sollen uns alle zur Motivation gereichen, wieder mit neuer Begeisterung Neurologe zu sein, und sie sollen uns auch verdeutlichen, wie faszinierend es ist, das Gehirn des Gesunden und Erkrankten stets neu besser verstehen zu lernen.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen



Inhalt

Sonderheft 1/2010

Neue Strukturen

Eine Honorarreform jagt die nächste und jedesmal wieder kämpfen die Verbände für eine gerechte Honorarstruktur. So hatte man auch dieses Mal große Erwartungen in die „neue Honorierung“ gesetzt, die dann doch nicht so ganz erfüllt wurden. Woran es scheiterte und was die Verbände dagegen unternehmen, lesen Sie in dieser Ausgabe.

Das zweite wichtige Thema dieses Heftes ist die Vernetzung. Mit der bundesweiten Dachkampagne „Deutschland behält die Nerven“ ziehen DGN und alle Berufsverbände an einem Strang und bieten so einen einheitlichen Auftritt auf gesellschaftlicher und politischer Ebene. Auf der Website der Jungen Neurologen spielt vor allem die Nachwuchsförderung eine große Rolle.

Wie Sie uns erreichen

Verlagsredaktion:

Beate Huber
Telefon: 089 203043-1461, Fax: 089 203043-31461
E-Mail: beate.huber@springer.com

Schriftleitung dieser Sonderausgabe:

Dr. med. Uwe Meier
Telefon: 02181 7054811, Fax: 02181 7054822
E-Mail: umeier@t-online.de

Titelbild: Mardre / shutterstock.com

NEUROTRANSMITTER Sonderheft _ 1.2010

- 3 **Vorwort von Prof. Dr. H.-C. Diener und Dr. U. Meier**
- 5 **Grußwort von Prof. Dr. H. Reichmann**
- 8 **Impressum**

Ambulante und Stationäre Versorgung

- 10 **Honorarreform 2010 – Bilanz und Ausblick**
- 15 **§ 116b SGB V: Der Streit um den Patienten**
- 18 **Die GOÄ bleibt**
- 21 **Klinische Versorgung in der Neurologie**

Sektorenübergreifende Verträge

- 23 **Versorgungsmodelle: Sind Direktverträge sinnvoll?**

Rehabilitation

- 25 **Neuro-Rehabilitation stationär – und dann...?**

Anzeige

NEUROTRANSMITTER

Offizielles Organ des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), des Berufsverbandes Deutscher Neurologen e.V. (BDN) und des Berufsverbandes Deutscher Psychiater (BVDP)

Herausgeber: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN), 1. Vorsitzender: Dr. med. Frank Bergmann (fb), Theaterplatz 17, 52062 Aachen, Tel.: 0241 36330, Fax: 0241 404972, E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Geschäftsstelle: D. Differt-Fritz, Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925, E-Mail: bvdn.bund@t-online.de

Schriftleiter: PD Dr. med. Albert Zacher (az) (verantwortlich), Watmarkt 9, 93047 Regensburg, Tel.: 0941 561672, Fax: 0941 52704, E-Mail: bvdnzacher@t-online.de

Verlag: Springer Medizin | Urban & Vogel GmbH, Aschauer Str. 30, 81549 München, Tel.: 089 203043-1300, Fax: 089 203043-1399, www.urban-vogel.de

Inhaber- und Beteiligungsverhältnisse: Die Urban & Vogel GmbH ist 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Medizin-Verlag GmbH, Heidelberg. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Medizin Verlag GmbH ist die Springer-Verlag GmbH mit einer Beteiligung von 100%. Die Springer-Verlag GmbH ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH. Die alleinige Gesellschafterin der Springer Science + Business Media Deutschland GmbH ist die Springer Science + Business Media Netherlands B.V., die 100% der Anteile hält. Die Springer Science + Business Media Netherlands B.V. ist eine 100%ige Tochtergesellschaft der Springer Science + Business Media Finance S.á R.L. Die Springer Science+Business Media Finance S.á R.L. ist eine 100%-ige Tochter der Springer Science+Business Media S.A.

Geschäftsführer: Harm van Maanen, Dr. Dirk Einecke, Ulrich Huber, Stephan Kröck, Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Director Facharzt Medizin: Dr. Christoph Posch

Ressortleitung: Dr. Gunter Freese

Redaktion: Beate Huber (Leitung) Tel.: 089 203043-1461, Fax: 089 203043-31461, E-Mail: beate.huber@springer.com; Monika Hartkopf (CvD, -1409); Bernadette Helms (Assistenz, -1368)

Herstellung: Edda Führer (Layout)

Corporate Publishing: Ulrich Huber (Leitung, Anschrift wie Verlag, -1331);

Anzeigenleitung: Peter Urban (Anschrift wie Verlag, -1333, E-Mail: peter.urban@springer.com) Anzeigenpreisliste Nr. 13 vom 1.1.2010

Vertrieb: Frank Niemann (Leitung, -1411)

Abonnement: Die Zeitschrift erscheint 11-mal jährlich. Bestellungen nimmt der Verlag unter Tel.: 06221 345-4304, per Fax: 06221 345-4229 sowie auch über das Internet unter www.urban-vogel.de und jede Buchhandlung entgegen. Das Abonnement gilt zunächst für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr, wenn dem Verlag nicht zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums die Kündigung vorliegt.

Bezugspreise: Einzelheft: 21 €. Jahresabonnement: 199 €. Für Studenten/AIP: 139 €. Versandkosten jeweils: Inland 24 €, Ausland 33 €. Für Mitglieder des BVDN, BDN und BVDP ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten. Sonderpreis für DGPPN-Mitglieder: Jahresabonnement 48 € zzgl. Versandkosten (s.o.).

Copyright – Allgemeine Hinweise: Veröffentlicht werden nur Arbeiten und Beiträge, die an anderer Stelle weder angeboten noch erschienen sind. Die Autoren sind verpflichtet zu prüfen, ob Urheberrechte Dritter berührt werden. Eine redaktionelle Bearbeitung bleibt vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Übersetzung und jeglicher Wieder-gabe auch von Teilen dieser Zeitschrift durch Nachdruck, Fotokopie, Mikrofilm, EDV-Einspeicherung, Funk- oder Fernsehauzeichnung vor. Der Verlag kann den Beitrag auch online Dritten zugänglich machen (Online-Recht) und auf Datenträgern (CD-ROM etc.) verwerten (Offline-Recht). Jede gewerblich hergestellte oder benutzte Fotokopie verpflichtet nach § 54 (2) UrHG zur Gebührensatzung an die VG Wort, Abteilung Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München, von der die Modalitäten zu erfragen sind. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen etc. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Für Angaben über Dosierungsanweisungen, Anwendungsgebiete und Applikationsformen von Medikamenten, für die Empfehlungen im Expertenrat sowie für Abrechnungshinweise kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Druck: KLIEMO Printing, Hütte 53, B-4700 Eupen

Es wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

© Verlag Urban & Vogel GmbH, München ISSN 1436-123X



LA-MED
geprüf. Facharzt-Studie 2008

Inhalt Sonderheft 1/2010

Öffentlichkeit

- 32 **Kampagne: Modernes Gesicht für die Neurologie**
- 34 **Junge Neurologen: Nachwuchs finden und binden**
- 39 **Regionale Netze bald unter einem Dach**

Organisation

- 42 **Warum regionale Vernetzung notwendig ist**
- 44 **Termine**
- 47 **Pharmaforum**
- 50 **Verbandsservice**

Honorarreform 2010 Bilanz und Ausblick

Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Honorare in 2009 sind die RLV-Bescheide für Neurologen für das dritte Quartal 2010 wie eine Schockwelle über das Land hereingebrochen und haben teilweise zu erheblichen Verwerfungen innerhalb unserer Fachgruppe geführt.

UWE MEIER UND FRANK BERGMANN



Neue Rekordtiefs der Honorare sorgten in einigen Ländern für einen Aufschrei: RLV-Bescheide wiesen Unterschiede bis zu 100 Prozent zwischen Nervenärzten und Neurologen auf.

Eigentlich hätten unsere Honorare nach dem Fallwertverfall der letzten einhalb Jahre deutlich steigen müssen, tatsächlich haben sie in einigen Ländern zu erneuten Rekordtiefs geführt. Hinzu kamen teilweise groteske Unterschiede zwischen den RLV von Nervenärzten und Neurologen, die innerhalb eines Landes bis zu 100 Prozent auseinander lagen, in einer länderübergreifenden Betrachtung sogar über 300 Prozent. Diese in den jeweiligen Bundesländern gerechneten Zahlen sind absurd und markieren ein offensichtliches Systemversagen. Wir haben dies gegenüber der KBV, den Ländern, aber auch gegenüber dem Bundesministerium und den Krankenkassen deutlich gemacht. So leicht es zunächst ist, diese Berechnung als unakzeptabel und absurd zu bewerten, so schwer ist es auf der anderen Seite, eine Analyse der Ursachen vorzunehmen. Dies ist jedoch dringend nötig, um konkrete, und vor allem die richtigen Forderungen an die Selbstverwaltung zu stellen. Dieser Beitrag soll (noch einmal) versuchen, die Entwicklung unserer Honorare nachzuvollziehen und unsere weitere Strategie darzustellen.

Honorarentwicklung in der Neurologie

Bereits die bloße deskriptive Statistik der Honorarentwicklung im Verlauf der letzten Jahre darzustellen, ist ein äußerst schwieriges Unterfangen. Die Grundlagen für die Honorarberechnungen werden im erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt, einem Gremium bestehend aus Vertretern der KBV und der Krankenkassen. Die Anwendung der Berechnungsformeln hingegen erfolgt in den Ländern. Wir haben es also mit 17 verschiedenen Rechenergebnissen zu tun. Erschwert wird die Bewertung dieser Daten im Querschnittsvergleich dadurch, dass die Versorgung neurologischer Patienten von „reinen“ Fachärzten für Neurologie, von „reinen“ Nervenärzten, sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie mit zwei oder einer Facharzturkunde, sowie Fachärzten für Neurologie und Nervenheilkunde erfolgt. Allein die Zuordnung zu diesen Untergruppen hat in den vergangenen Jahren zu erheblichen Konfusionen und unterschiedlichen Handhabungen in den Ländern geführt. Bereits

hier zeigt sich eines der grundlegenden Probleme unserer Fachgruppe: Es kann nur eine gute oder schlechte Versorgung neurologischer Patienten geben. Honorardifferenzen von über 100 Prozent durch scheinbar willkürliche und zufällige Zuordnung in Untergruppen sind weder verständlich noch vermittelbar. Strukturegleiche Leistungen müssen auch gleich honoriert werden.

Ein weiteres Problem bei der Datenanalyse ergibt sich in der Längsschnittbetrachtung. Mit jeder Honorarreform ändert sich die Honorarsystematik, sodass die Daten kaum miteinander verglichen werden können. Die aktuelle Honorarsystematik mit Differenzierung von RLV und qualitätsgebundenen Zusatzvolumina lässt einen einfachen Vergleich der RLV mit den Fallwerten der letzten sechs Quartale nicht mehr zu. Das Standardargument in der Diskussion mit Selbstverwaltung, Politik und Krankenkassen ist, dass wir bei der Bewertung der Honorarentwicklung zunächst einmal die tatsächlichen Honorarbescheide abwarten müssten, bevor man hier eindeutige Aussagen machen könne. Dieses Argument ist nicht falsch, könnte berufspolitisches Handeln jedoch ad absurdum führen.

Da wir die Statistiken zu den realen Honoraren erst mit erheblicher Verzögerung bekommen, können wir rückwirkend kaum noch etwas ändern beziehungsweise Änderungen an der bestehenden Honorarsystematik werden durch die erneuten Reformbemühungen schon wieder konterkariert. Dies zeigt ein weiteres Grundproblem in der Neurologie. Während in den vergangenen sechs Quartalen tatsächlich ein erheblicher Unterschied zwischen RLV und Honorarbescheid aufgrund der freien Leistungen bestand, war dieses Problem bei uns eher marginal, da wir bekanntermaßen kaum Zugang zu freien Leistungen hatten. Gleichwohl war die Differenz zwischen RLV und Honorarbescheid auch bei uns nicht gleich Null, sodass sich manche Aufregung mit dem Erhalt des tatsächlichen Honorarbescheides auch bei einigen Kollegen in unseren Reihen relativiert hat. Dies wissen natürlich auch KVen und Krankenkassen. Ungeachtet dessen sind die Entwicklungen der RLV in unserer Fachgruppe ein sehr viel validerer Parameter zur Beurteilung der Honorarentwicklung als in an-

deren Fachgruppen. Wie auch immer erschwert die aktuelle Honorarreform die Beurteilung, da RLV und freie Leistung etwas anderes sind als RLV und QZV. Erschwert der Vergleich zwischen „Äpfel und Birnen“ den Längsschnittvergleich, wird der Vergleich der RLV-Bescheide zwischen den Bundesländern durch den Umstand erschwert, dass jedes Land die Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses aufgrund der Konvergenzregeln anders umsetzt. Zur Vermeidung von zu starken Honorarverlusten kann die KV betroffene Fachgruppen stützen, was die tatsächlichen RLV bezogen auf den originären Leistungsbedarf verschleiert. Zudem erfolgt die Berechnung der QZV (aus Gründen begrenzter Rechenkapazitäten!) in den Ländern sehr unterschiedlich, so können die QZV individualisiert werden oder als Fallzuschlag auf jeden Fall kalkuliert werden. Auch aus diesem Grund sind vergleichende Betrachtungen erschwert.

Historie der Honorarentwicklung in der Neurologie

Gefühlt waren Neurologen, Nervenärzte und Psychiater immer am unteren Ende der Einkommensskala im Fachärztervergleich. Erfahrungsgemäß argumentieren aber alle Arztgruppen mit einer unangemessenen Vergütung, sodass der bloße Vortrag dieses Sachverhalts politisch ins Leere läuft. Mit den von den Berufsverbänden in Auftrag gegebenen IGES-Gutachten konnten wir erstmals mit fundierten Daten argumentieren. Das Ergebnis dieses Gutachtens ist im Wesentlichen bekannt und wurde wiederholt von uns vorgestellt. Demnach sind unsere Honorare tatsächlich ab 1995 kontinuierlich gefallen, und zwar bezogen auf die gesamte Fachgruppe als auch auf den einzelnen Arzt. Wir hatten relative und absolute Verluste entgegen dem Trend anderer Fachgruppen, die im Durchschnitt moderate Zuwächse von Jahr zu Jahr verzeichnen konnten. Gleichzeitig ist unsere Versorgungsleistung kontinuierlich gestiegen: Wir haben immer mehr Patienten als Fachgruppe und auch pro Arzt behandelt. Die Ursache für das niedrige Einkommen ist quasi ein historisches Erbe.

Neurologen waren immer schlecht in den regionalen KVen vertreten und ist man einmal Mitglied einer niederen Kas-

te, fällt der Wechsel in eine höhere Klasse schwer, weil dies honorarpolitisch eine Umverteilung von anderen Fachgruppen darstellen würde, was diese stets zu verhindern wussten. Hinzu kommt, dass eine Fachgruppe nur soviel wert ist, wie es ihrem anerkannten Leistungsbedarf entspricht. Leistungsbedarf hat in diesem Fall natürlich nichts mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und Versorgungsaufwand zu tun, sondern bemisst sich an den Bewertungen der EBM-Leistung und natürlich auch an der Abrechnungsfrequenz dieser Leistung, was viele Artefakte hervorbringen kann. Berufspolitisch haben wir daher für eine Erhöhung des Leistungsbedarfs gekämpft. In zwei Bereichen konnten wir tatsächlich Durchbrüche verzeichnen. Zum einen wurden die Betreuungsziffern eingeführt, zunächst nur nach zwei Kontakten, später auch nach einem Kontakt. Die Betreuungsleistung entspricht damit im Prinzip einer Strukturziffer in Anerkennung unserer hohen Versorgungsleistung bei schwerkranken Patienten, was den honorarpolitisch wirksamen Versorgungsbedarf tatsächlich deutlich erhöht hat. Der zweite Faktor war die Neuberechnung der Betriebskosten. Was banal klingt, braucht tatsächlich einen langen Atem. So ist der erste Versuch einer Betriebskostenanpassung bereits in Eigenregie vom BVDN vorgenommen worden, bevor es den BDN überhaupt gab.

Zwar hat das erste Gutachten die aktuellen Zahlen bereits antizipiert, das Gutachten wurde jedoch von Seiten der Krankenkassen und der KBV nicht akzeptiert. Ein zweites von den Berufsverbänden und der KBV in Auftrag gegebenes Gutachten hat die Zahlen ebenfalls bestätigt, wurde jedoch von den Kran-

kenkassen nicht akzeptiert. Erst das dritte Gutachten hat 2007 die gewünschte Akzeptanz gebracht. Anschließend wurden die neurologischen Leistungen erheblich aufgewertet. In der Summe der Effekte hat dies Honorarerhöhungen in den Ländern von bis zu 20 Prozent bewirken können.

Versorgung schwer und chronisch Kranker besonders betroffen

Dieser kurze historische Rückblick wurde an dieser Stelle noch einmal erwähnt, um deutlich zu machen, dass dies Ausdruck einer intensiven Arbeit mit Mitteln der Mitglieder der Berufsverbände ist. Hier von profitieren auch Nicht-Mitglieder. Durch diese Maßnahmen hatten wir erstmals Licht im Tunnel gesehen und tatsächlich waren insbesondere im ersten Quartal 2009 die Honorare in vielen Ländern für uns ungewohnt hoch. Leider traf dies nicht auf alle Länder zu, es gab auch Fehlberechnungen, auf die später noch eingegangen wird. Unabhängig von der Höhe der Fallwerte mussten wir 2009 dann zusehen, wie die Fallwerte kontinuierlich fielen.

Der Hauptgrund lag in der Ausweitung der freien Leistungen überwiegend durch andere Fachgruppen. Hierbei handelte es sich um eine honorarpolitische Priorisierung der freien Leistung zu Lasten der Regelversorgung. Wir haben dies in der Öffentlichkeit offen als Skandal kritisiert, da die Versorgung derjenigen Patienten besonders betroffen war, die es am nötigsten brauchen, nämlich die schwer und chronisch Kranken. Dies war der schwerwiegendste Webfehler der zum 1.1.2009 wirksamen Honorarreform, von der viele Fachgruppen profitiert haben, wir jedoch nicht.

Zwar wurden die mit der Honorarreform verbundenen Fehlanreize von Politik und Selbstverwaltung erkannt. Es wurde ja quasi die Reset-Taste gedrückt und das Honorar auf den Leistungsbedarf von 2008 zurückgeworfen, sodass wir mit Ankündigung dieser zum 1.7.2010 wirksamen Reform durchaus berechtigt die Hoffnung hegten, an die Fallwerte zum ersten Quartal 2009 wieder anknüpfen zu können. Leider hat sich auch diese Hoffnung in den meisten Ländern nicht erfüllt. Was waren hierfür die Ursachen? Ein allgemeines Problem war die erhebliche Zunahme der Fallzahlen in allen Fachgebieten sowie Vorabzüge, die innerhalb einer Gesamtvergütung zu Umverteilungseffekten führt. Zumindes andere Fachgruppen konnten so offensichtlich ihre Fallzahlen und Leistungsmengen erheblich ausweiten.

Arztzahldynamik muss berücksichtigt werden

Ein spezielles und bekanntes Problem der Neurologen betrifft die Arztzahldynamik: Frei werdende Nervenarztsitze werden entweder durch reine Psychiater oder durch reine Neurologen nachbesetzt, weshalb es zu der paradoxen Situation kommt, dass die Zahl der jeweiligen Fachärzte auch in gesperrten Bezirken wächst. Da das Problem der Arztzahlzuwächse in anderen Fachgruppen praktisch nicht besteht beziehungsweise so unbedeutend ist, wird es bei der Kalkulation der RLV folgerichtig auch nicht überall und korrekt berücksichtigt. Bei uns sind diese Effekte teilweise dramatisch. Wird die von n-Neurologen 2008 angeforderte Leistungsmenge auf n + x-Neurologen 2009 verteilt, kommt es zu unberechtigten Verschiebungen, insbesondere wenn x sehr groß ist und n sehr klein. Letzteres haben wir in Ländern, wie beispielsweise Thüringen oder Brandenburg: Hier hat sich die Zahl der Neurologen mal eben verdoppelt, was praktisch mit einer weitgehenden Halbierung des Honorars zu tun hat. Dies ist natürlich ein absurder Rechenartefakt. Wir haben dies mit der KBV besprochen. Hier hat man uns signalisiert, dass die Länder-KVen die Arztzahldynamik jederzeit berücksichtigen könnten, dies hätte man auch den Län-



den gegenüber deutlich gemacht. Vertreter der Länder-KVen haben die Korrektur jedoch verweigert mit Verweis auf fehlende Beschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses. Erst in dem im März gefassten Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses ist dies explizit deutlich gemacht worden, sodass die Rechtslage diesbezüglich nunmehr eindeutig ist und die Länder die Korrekturen vornehmen müssen. Dort, wo die Landessprecher des BDN diese Korrekturen auch durchsetzen konnten, konnten die RLV, wie in Thüringen, um 35 Prozent angehoben werden.

Ein weiteres Problem, das besonders die Neurologen betrifft, ist ein statistisch viel zu niedriger formeller Leistungsbedarf. So hatten einer Veröffentlichung in der Ärztezeitung zufolge die Neurologen im ersten Halbjahr 2009 ein durchschnittliches Honorar in Höhe von 41.479,00 Euro erhalten, während das durchschnittliche Honorar der Nervenärzte bei 94.596,00 Euro lag. Die KBV bleibt dabei, dass diese Daten valide seien und vermutet folgende Ursache: „Da der Anteil der Ermächtigten bei den Neurologen deutlich höher als bei den Nervenärzten liegt und Ermächtigte aufgrund der in der Regel nur für einzelne Leistungen erfolgten Ermächtigungen ein deutlich unterdurchschnittliches Honorar je Arzt erzielen, senken diese den Durchschnittswert deutlich ab.“ Für die Honorarberechnung müssen daher in den Länder-KVen gesonderte Töpfe berechnet werden. Ob dies überall durchgeführt wurde, lässt sich schwer überprüfen. Das Problem wird dadurch verschärft, weil teilweise auch MVZ eine statistisch unterdurchschnittliche Leistung hervorbringen (selbstverständlich bezieht sich dies nur auf Durchschnittswerte, es gibt auch Ausreißer nach oben).

Wir haben das neurologische Gespräch analog zum psychiatrischen Gespräch bereits mit Einführung der RLV als freie Leistung eingefordert. Bekanntermaßen konnten wir uns mit dieser Forderung aber nicht durchsetzen. Die Tatsache, dass das psychiatrische Gespräch als freie Leistung akzeptiert wurde, hing mit der Gleichstellung psychotherapeutischer Leistung zusammen. Wir haben unsere Forderung zunächst aufrechterhalten, bis sich abgezeichnet hat,

dass die freien Leistungen wieder reibgeführt werden sollten. Verschiedene Gründe sprachen jedoch für das weitere Aufrechterhalten dieser Forderung. Anders als die Psychiater und Nervenärzte sind die Neurologen allen anderen somatischen Fächern gleichgestellt worden. Dies entspricht auch durchaus dem Selbstverständnis einiger Neurologen auf dem Hintergrund der technischen und pharmakologischen Fortschritte im Bereich der Diagnostik und Therapie. Andererseits ist der Versorgungsaufwand von Neurologen nicht mit denen anderer somatischer Fächer zu vergleichen. Der Grund liegt darin, dass das neurologische Gespräch eine eigenständige diagnostische und therapeutische Wertigkeit besitzt und nicht wie in anderen somatischen Fächern lediglich der Patientenaufklärung und Erläuterung dient.

Neurologische Erkrankungen mit Strukturschäden und Funktionsstörungen des Gehirns beinhalten Probleme mit dem Gedächtnis, der Aufmerksamkeit, der Handlungsplanung, Wahrnehmung, Sprachexpressionen, Sprachverarbeitung sowie der Krankheitseinsicht und der affektiven Steuerungsfähigkeit. Neurologische Patienten sind somit vielfach neben motorischen Behinderungen auch in ihrer normalen Kommunikationsfähigkeit und ihren Möglichkeiten eingeschränkt, mit entsprechenden Folgen für die familiäre, berufliche und psychosoziale Teilhabe. Nicht umsonst sind ein Viertel aller Morbi-RSA-Diagnosen neurologisch, das bedeutet, dass die Versorgung dieser Patientengruppe teuer ist, bezogen auf die primären aber auch sekundären Krankheitskosten.

Neurologische Patienten sind weder mit einfachen Anamnesetechniken, noch mit dem Reflexhammer oder apparativen Untersuchungsmöglichkeiten hinreichend diagnostiziert. Es ist eine zeitintensive Beschäftigung erforderlich, die oft neben dem Gespräch auch die Fremdanamnese erfordert. Zur Erkennung von Werkzeugstörungen des Gehirns ist ein grundlegendes Wissen über die kognitiven, perzeptiven und affektiven neurologischen Vorgänge erforderlich, welches Bestandteil der Facharztausbildung ist und spezielle Gesprächs- und Anamnesetechniken beinhaltet. Dies gilt sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie: Die

Vermittlung von Aspekten der Störungseinsicht und das Erarbeiten von Bewältigungs- und Kompensationsstrategien bei Patienten mit neuropsychologischen Störungen ist ebenso essenzieller wie zeitintensiver Bestandteil der Behandlung neurologischer Patienten und das Gespräch mit den Angehörigen und lässt sich weder delegieren noch substituieren.

Benachteiligung der Neurologen und deren Patienten

Wir haben in Gesprächen mit dem Bundesministerium, mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und der KBV deutlich gemacht, dass die bisherige Honorarstruktur des neurologischen EBM-Kapitels eine medizinisch wie versorgungspolitisch nicht begründete Benachteiligung der Neurologen beziehungsweise Versorgung neurologischer Patienten darstellt und haben eine Gleichstellung mit dem psychiatrischen und nervenärztlichen Kapitel gefordert. Neurologie ist in diesem Sinne kein rein somatisches Fach, welches sich durch apparative Diagnostik und Patientenaufklärung erschöpft. Die verhaltensneurologischen und neuropsychologischen Aspekte sind Teil der Weiterbildungsordnung und müssen sich daher auch honorarpolitisch widerspiegeln. Dass wir uns mit der Forderung nach Wiedereinführung der neurologischen Gesprächsziffer quasi indirekt auch mit der Fremdanamnese durchsetzen konnten, ist unmittelbar honorartechnisch, aber auch für künftige Honorarreformen äußerst wichtig gewesen. Selbstverständlich kam es nicht zu einer On-Top-Honorierung des neurologischen Gespräches, schließlich ist es seinerzeit in die Grundpauschale hineingerechnet worden, aber das neurologische Gespräch ist mit bis zu 5 Prozent durch Umverteilung aus allen anderen Fachgruppen aufgewertet worden.

Gespräche müssen weiterhin gestützt werden

Es hat zunächst zu Unverständnis geführt, dass die Nervenärzte bis zu 25 Prozent aufgewertet wurden. Dies erklärt sich daraus, dass die nervenärztlichen Gespräche wieder ins Budget aufgenommen worden sind und die Abrechnungsfrequenz von Gesprächen historisch bei den

Aktueller Nachtrag

Wir haben uns in den Sommerferien mit Herrn Köhler und Vertretern der Honorarabteilung in der KBV getroffen und die Möglichkeit einer Stützung der Neurologen besprochen. Tatsächlich weisen die Statistiken eine Honorarsteigerung der Fachgruppe von 18–20 Prozent von 2008 auf 2009 auf, was eine unmittelbare Stützung politisch derzeit unwahrscheinlich werden lässt. Es wurde uns aber definitiv eine politische Unterstützung 2011 zugesagt.

Um die Situation aktuell zu entschärfen, haben wir verschiedene Modelle durchdacht. Eine zunächst favorisierte Zusammenlegung der QZV von Neurologen und Nervenärzten würde de facto aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungsfrequenzen zu einem paradoxen Effekt, nämlich der Stützung der Nervenärzte durch Neurologen führen. Alternativ wäre daher nur eine generelle Zusammenlegung, also auch der RLV der Fachgruppen zielführend. Die Vorstände der Berufsverbände haben aus diesem Grund kurzfristig am 21.8.2010 in Berlin zu einem Treffen der Landesvorsitzenden BVDN und der Landessprecher BDN mit Dr. Rochell als Leiter des Honorardezernates der KBV und RA Dr. Pflugmacher eingeladen, um diese Optionen zu besprechen. Im Ergebnis wurde der Vorschlag der Zusammenlegung einstimmig mit drei Enthaltungen akzeptiert, allerdings unter anderem unter der ausdrücklichen Maßgabe einer zeitlichen Befristung und dem Erhalt der Transparenz der fachspezifischen Honorarentwicklung in der Fachgruppe der Neurologen. Diese Entscheidung der Verbände ist somit offen für alle künftigen politischen Entwicklungen und ist gleichzeitig ein beeindruckender Beleg für die Solidarität und den Zusammenhalt innerhalb unserer Fachgruppen und lässt uns auch zukünftig strategisch handlungsfähig sein. **um**

Nervenärzten nun mal höher lag als die entsprechende Frequenz bei den neurologischen Gesprächen. Dies ist ein wesentlicher Grund für die Honorardifferenzen zwischen Neurologen und Nervenärzten. Es sei jedoch mit Nachdruck festgestellt, dass wir stets gemeinsam zusammen mit Nervenärzten und Psychiatern unsere berechtigten Forderungen für Honorarer-

höhungen in allen drei Fachgruppen gefordert haben. Die Erhöhung bei den Nervenärzten um 25 Prozent und bei den Neurologen um 5 Prozent ergibt sich aus der Historie nach der gleichen Systematik und die Umverteilung erfolgte von allen anderen Fachgruppen. Es erfolgte zu keinem Zeitpunkt eine Umverteilung von Neurologen zu Nervenärzten.

Die Einführung der neurologischen Gespräche hat perspektivisch noch einen weiteren wichtigen Grund: Wer genau die Diskussion um die Entwicklung des Gesundheitswesens verfolgt, wird immer wieder feststellen, dass man hier Leistungsanreize setzen möchte in Richtung einer intensiveren Beschäftigung mit den Patienten. Da die Mittel, die den Ärzten zur Verfügung gestellt werden, immer begrenzt sein werden, egal welche Partei an der Regierung ist, wird es auch künftig immer nur Umverteilungen geben können. Mit der nächsten, zum 1.1.2011 angedachten Reform sollen hier Weichenstellungen vorgenommen werden, die die technischen Leistungen benachteiligen und das Gespräch begünstigen.

Dies ist aus Sicht der Neurologen sicherlich nicht nur zu begrüßen. Allerdings müssen wir wissen, dass uns das Geld auch deshalb fehlt, weil viele Fachgruppen insbesondere ihre technischen und dort die delegierbaren Leistungen ohne ausreichenden medizinischen Grund ausgeweitet haben. Dieses Geld, das in der Versorgung der Schwerkranken fehlt, wird zum Beispiel für die hohe Zahl der Röntgenuntersuchungen eingesetzt, was in Deutschland aber sicherlich in dieser Form nicht zu mehr Gesundheit führt. Daher: Gespräche sollen perspektivisch weiterhin gestützt und technische Leistungen abgewertet werden. Umso wichtiger ist es, dass Neurologen ihren Versorgungsaufwand auch in dem Gespräch deutlich machen können.

Fazit

Wir haben versucht, die Gründe für die Honorarentwicklung der letzten drei Jahre zu erklären, was aufgrund teilweise fehlender Transparenz und unterschiedlicher Handhabung in den jeweiligen Bundesländern nur partiell gelingen kann.

Wir haben versucht deutlich zu machen, dass es uns trotz der im Schnitt in keiner Weise befriedigenden Honorarsituation

für Neurologen dennoch gelungen ist, zum 1.1.2009 die Honorare bis zu 20 Prozent zu erhöhen und zum 1.7.2010 unsere Honorartöpfe durch Einführung der Gesprächsziffer um 5 Prozent zu erhöhen. Das ist natürlich immer noch unbefriedigend, weil wir gleichzeitig zusehen müssen, dass andere Mechanismen diese Effekte konterkarieren. Andererseits würden wir uns ohne die von uns durchgesetzten Maßnahmen in der Reihe vieler konservativer somatischer Fachgruppen wiederfinden, die mit Fallwerten um 15 Euro auskommen müssen. Die Tätigkeit der Bundesverbände in Berlin und anderswo, aber auch die Tätigkeit der Landessprecher und der Landesverbände können nur mit Mitteln der Mitglieder erfolgen, das Gleiche gilt für die Finanzierung von Gutachten. Nur mit breiter Unterstützung haben wir die Chance, unsere Situation zu verbessern. Das gilt auch für das eigene Versorgungs- und Abrechnungsverhalten. Nur wenn wir verstehen, dass wir unsere Versorgungsleistung, so absurd es auch sein mag, durch Abrechnungsziffern nach außen deutlich machen können, können wir unseren Versorgungsbedarf markieren. Es ist unverständlich, dass bis zu einem Drittel aller Neurologen überhaupt keine Betreuungsziffern aufschreiben. Dieses Verhalten ist katastrophal und ein ähnliches Desaster erwarten wir für die neurologischen Gespräche. In persönlichen Gesprächen wird immer wieder deutlich, dass in dem Ansetzen der Ziffer selbst kein Sinn gesehen wird, da „der Fallwert sich durch die Grundpauschale schon weitgehend erschöpft“. Hier wird das Prinzip grundlegend nicht verstanden: Nur die angeforderten Leistungen stellen die Grundlage für die Berechnung der Fallwerte dar. Wenn wir alle so denken, können wir auch in Zukunft zusehen, wie unsere Fallwerte sich nach unten schrauben. Dies darf nicht passieren. Daher möchten wir mit dem Appell an alle neurologischen Kollegen schließen, alle erbrachten (!) Leistungen durch Einsetzen der entsprechenden Abrechnungsziffer auch zu dokumentieren. Dazu sind wir als Vertragsärzte im Übrigen auch verpflichtet! □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich
Dr. med. Frank Bergmann, Aachen



© Vidux / Shutterstock

**Wer darf wen, wann und
wogegen behandeln? Der
Kampf um den Patienten hat
eine neue Runde erreicht.**

§ 116b SGB V Der Streit um den Patienten

Die mit der neuen Verordnung ermöglichte ambulante Versorgung durch Krankenhäuser spielt auch im Bereich der Neurologie eine wesentliche Rolle und hat in einigen Regionen Deutschlands zu Konflikten zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Neurologen geführt.

INGO PFLUGMACHER

Noch vehementer wird die Diskussion wohl nur im Bereich der onkologischen Versorgung geführt, was angesichts der für einige hämato-onkologische Schwerpunktpraxen greifbaren Existenzgefährdung durch „aggressive“ ambulante Expansion von Krankenhäusern auch verständlich ist. Beide Seiten haben jeweils gute und weniger überzeugende Argumente für ihre Position: Vertragsärzte behaupten, die Krankenhäuser könnten aufgrund fehlender Budgetierungsvorschriften und durch den Einsatz zahlreicher Assistenzärzte die Behandlungsfälle nahezu unbeschränkt steigern lassen, was einem fairen Wettbewerb widerspreche und für die Praxen angesichts der Fallzahlrelevanz im RLV-System wirtschaftlich höchst problematisch sei. Die Krankenhäuser argumentieren, sie würden häufig lediglich die

bisherige tagesklinische, also teilstationäre Versorgung oder die bisher von einem ermächtigten Chefarzt erbrachte Leistung in die neue vertragsärztliche Teilnahmeform nach § 116b SGB V überführen und keine Leistungsausweitung beabsichtigen.

Weniger überzeugend erscheinen die Argumente, Krankenhäuser würden – quersubventioniert durch die stationären Erlöse – in einen ausschließlich den niedergelassenen Ärzten vorbehaltenen Bereich vordringen. Eine faire Wettbewerbsordnung darf nicht berücksichtigen, ob ein Marktteilnehmer aufgrund anderer wirtschaftlicher Betätigung oder aufgrund privater Vermögensverhältnisse wirtschaftlich potenter ist als der andere. Bisher hat auch niemand eine Wettbewerbsverzerrung behauptet, wenn ein Arzt von Haus aus vermögend war und

deswegen sich ansprechendere Praxisräume, neuere Geräte oder mehr Hilfspersonal leisten konnte. Auch hat in der Vergangenheit niemand daran Anstoß genommen, dass niedergelassene Ärzte selbstverständlich berechtigt sind, selbst ein Krankenhaus zu gründen. Viele der heutigen Krankenhauskonzerne sind dadurch entstanden, dass einzelne Ärzte in Ergänzung zu ihrer Praxis stationäre Versorgungskapazitäten aufbauten, viele Augenärzte, Chirurgen oder Orthopäden betreiben heute neben ihrer Praxis eine kleine Privatklinik.

Kliniken sollten am Erhalt ambulanter Strukturen interessiert sein

Einige Krankenhausverwaltungen scheinen demgegenüber nicht hinreichend zu reflektieren, dass sie ihr Geld stets mit „vollen Betten“ verdienen. Die ambu-

lante Versorgung durch ein Krankenhaus mag „Einweisungshilfe“ oder Annex zur stationären Versorgung sein, an dem Erhalt mittelständischer ambulanter Praxisstrukturen muss aber auch den deutschen Krankenhäusern gelegen sein, da sie weder personell noch im Hinblick auf ihre Overhead-Kosten in der Lage sein dürften, diese Versorgungsaufgaben vollständig oder auch nur weitgehend zu übernehmen.

Konflikte vermeiden oder austragen?

Nachdem inzwischen bundesweit die zuständigen Landesministerien eine Verwaltungspraxis zum Erlass der Erlaubnisbescheide nach § 116b SGB V entwickelt haben und zahlreiche Bescheide vorliegen, lassen sich vier Reaktionen feststellen: Einige Krankenhäuser machen von der neuen Option keinerlei Gebrauch, da sie (selbst wenn sie die hohen personellen und apparativen Anforderungen der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses erfüllen) jeden Konflikt mit den niedergelassenen Vertragsärzten vermeiden wollen.

Einige Krankenhäuser haben demgegenüber für zahlreiche Erkrankungen die ambulante Behandlungserlaubnis beantragt und erhalten, die niedergelassenen Ärzte in der Region akzeptieren dies. Die Motive hierfür sind entweder Desinteresse, Resignation oder die Einsicht, dass die ambulanten Leistungen des Krankenhauses für die wirtschaftliche Praxisführung irrelevant sind. Interessanter, da lehrreicher, sind die beiden weiteren Konstellationen: Entweder klagen niedergelassene Ärzte gegen die den Krankenhäusern erteilte ambulante Behandlungserlaubnis oder beide Parteien versuchen, eine konsensuale, synergistische Versorgung ihrer Region gemeinsam zu entwickeln.

Das Landessozialgericht Sachsen hat als erstes mit seiner sehr lesenswerten Entscheidung vom 3. Juni 2010 (Az.: L 1 KR 94/10 B ER, www.sozialgerichtsbarkeit.de) nicht nur zur Klagebefugnis eines niedergelassenen Arztes gegen einen solchen Bescheid nach § 116 SGB V, sondern auch zu den rechtlichen – und versorgungspolitischen – Grundgedanken dieses Paragraphs Stellung genommen. Der Gesetzgeber hatte nämlich

Ärzten, Krankenhäusern und Juristen mit der Neufassung dieser Regelung im Jahr 2007 eher Steine statt Brot gegeben. Weniges wurde im Gesetz deutlich geregelt, gerade die bedeutsame Frage des Verhältnisses zwischen vertragsärztlicher Versorgung und der ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus blieb durch eine (vermeintliche) Diskrepanz zwischen Gesetzesbegründung und Gesetzestext unbeantwortet.

Nach dem Wortlaut des § 116b SGB V soll das Landesministerium bei seiner Entscheidung, ob ein Krankenhaus an der ambulanten Versorgung teilnehmen darf, die „vertragsärztliche Versorgungssituation berücksichtigen“. In der Gesetzesbegründung findet sich der apodiktische Satz: „Eine Bedarfsprüfung erfolgt nicht.“ Was bedeutet aber eine Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation, wenn eine Bedarfsprüfung nicht stattfindet? Da zwei Juristen schon üblicherweise drei Meinungen haben, ließ sich zu diesem vermeintlichen Widerspruch nahezu jede Meinung vertreten (was auch geschah).

Etappensieg für Niedergelassene

Das Landessozialgericht Sachsen hat nun sehr überzeugend herausgearbeitet, dass die Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation letztlich eine Bewertung der bestehenden und prognostisch der zukünftigen Versorgungsqualität erfordert, nicht aber die Quantität, also Anzahl niedergelassener Ärzte oder gar Kriterien der Überversorgung eines Planungsbereiches eine Rolle spielen. Das Gericht stellt hierauf aufbauend fest, dass niedergelassenen Vertragsärzten kein Vorrang bei der Abdeckung eines Behandlungsbedarfes zukäme. Vielmehr sei es denkbar, dass Gesichtspunkte der Qualität, wie etwa solche der höheren Erfahrung und Routine im Krankenhaus oder der besseren Erreichbarkeit überwiegen und deshalb dem Krankenhaus die Behandlungserlaubnis zu erteilen ist. Abwägend sei allerdings zu berücksichtigen, ob durch den hierdurch eröffneten Wettbewerb zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Vertragsärzte im regionalen Einzugsbereich des jeweiligen Krankenhauses derart beeinträchtigt wird, dass

die vom Krankenhaus angebotenen ambulanten Leistungen von den Vertragsärzten aus wirtschaftlichen oder rechtlichen Gründen nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt erbracht werden können und dadurch insgesamt dennoch eine Verschlechterung der Versorgungssituation eintritt. In diesem Zusammenhang greift das Landessozialgericht Sachsen in einer Art Rechtsfortbildung, die allerdings einen der interessantesten Ansätze dieses Urteils bildet, auf ein im Rahmen der ambulanten Versorgung bisher völlig unbekanntes Kriterium zurück: Es verweist auf den im Rahmen der Krankenhausplanung geltenden Grundsatz der Trägervielfalt. Bei der Zulassung von Krankenhäusern müssen die Planungsbehörden dieses Prinzip seit jeher berücksichtigen.

Es soll ausgeglichene Angebotsstrukturen zwischen öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhausträgern herstellen. Übertragen auf die ambulante Versorgung bedeutet der Grundsatz der Trägervielfalt, dass ein Verdrängungswettbewerb oder eine Monopolbildung verhindert werden muss. Ist zu befürchten, dass ein Krankenhaus aufgrund der Berechtigung zur Erbringung ambulanter Leistungen kurz- oder mittelfristig Monopolist für die jeweiligen Behandlungen in der Region wird, so wäre die Erlaubnis zu verweigern.

Der vorgenannte sächsische Vertragsarzt hat das Verfahren gewonnen. Angesichts der vorstehend dargestellten Argumentation des Gerichtes kann dies bei realistischer Betrachtung aber nur als Etappensieg verstanden werden. Das Gericht hatte nämlich zu beurteilen, ob der Bescheid des sächsischen Landesministeriums ausreichend erkennen ließ, dass die vertragsärztliche Versorgungssituation berücksichtigt wurde. Dies tat der Bescheid natürlich nicht, da handhabbare Kriterien, wie eine solche Berücksichtigung inhaltlich zu erfolgen hat, erstmals mit der Entscheidung des Landessozialgerichts Sachsen aufgestellt wurden. Der Bescheid enthält also einen Begründungsmangel, der aber im Laufe des weiteren Verfahrens geheilt werden kann. In der Sache kommt es somit darauf an, ob die regionale vertragsärztliche Versorgungsstruktur durch die Teilnahme eines Krankenhauses an der ambulanten Versorgung

derart beeinträchtigt wird, dass die Vertragsärzte die Leistungen zukünftig nicht mehr erbringen und dadurch wiederum letztlich die Qualität der Versorgung auch unter dem Gesichtspunkt der Vielfalt der Leistungserbringer und damit der Effektivität des Rechtes des Patienten auf freie Arztwahl verschlechtert wird. Dies wird in sehr vielen Konstellationen nicht der Fall sein, die aus Gerichtsentscheidungen wie der vorliegenden lernenden Landesministerien werden ihre Bescheide zukünftig anders begründen.

Goliath hat verloren, aber David nicht gewonnen

Der vierte Weg eines Umgangs mit den neuen Wettbewerbsstrukturen, die ein politischer Versuch des Abbaus der Sektorgrenzen beziehungsweise des Aufbaus sektorübergreifender Versorgungsformen sind, ist die kooperative, konsensuale Behandlung durch Niedergelassene und Krankenhaus. Gerichte sollen in Urteilen keine Ratschläge erteilen, sondern Prozesse entscheiden. Dennoch hat es das Landessozialgericht Sachsen geschickt verstanden, allen Beteiligten Hinweise und Anregungen für ein modernes Verständnis einer „Wettbewerbsordnung im regulierten Markt“ zu erteilen. Es betont zu Recht, dass die Eröffnung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Versorgungsformen kein Selbstzweck ist, sondern den Zielen der Qualitätssteigerung, einer den Patientenbedürfnissen entsprechenden Versorgung und der Effizienzsteigerung dient. Behandlungsqualität kann sich in Erfahrung und Routine des Arztes ausdrücken.

Für die Patienten ist eine wohnortnahe Versorgung von wesentlicher Bedeutung. Effizient kann die sektorübergreifende Nutzung ohnehin vorhandener Ressourcen sein. Die Probleme der in Deutschland allein geschichtlich zu erklärenden Sektorgrenzen können durch eine bessere Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie der Erleichterung der Übergänge gelöst werden.

Der Wettbewerb hat eine dienende Funktion. Ernsthaft wird niemand der Richtigkeit eines solchen Ansatzes widersprechen können. Selbstverständlich ist Wettbewerb in neuen, noch dazu regu-

lierten Märkten schwierig und erfordert eine Lern- und Findungsphase. Vertritt man aber die Forderung nach Deregulierung im Gesundheitswesen, so muss sich die Rolle des Staates in einer solchen Wettbewerbsordnung darauf beschränken, Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch marktbeherrschender Stellungen zu bieten. Die Einzelheiten wettbewerblichen Miteinanders zur Verbesserung der Patientenversorgung müssen die „Marktteilnehmer“, also Krankenhäuser und Ärzte, selbst und miteinander entwickeln. Dass dies auch im Rahmen der Versorgung nach § 116b SGB V möglich ist, zeigt das Beispiel eines deutschen Stadtstaates mit herausragender Deutlichkeit.

Fallzahlbeschränkungen für das Krankenhaus vereinbart

In dem Stadtstaat haben vier der dortigen Kliniken, die unter einheitlicher Leitung stehen, umfassend Anträge zur Versorgung nach § 116b SGB V gestellt. In der Erkenntnis, dass es letztlich um die Patienten geht, haben die Krankenhäuser, die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen sodann sehr intensiv und teilweise auch mit „harten Bandagen“ über eine konsensuale Versorgung verhandelt. Die nahezu einjährige Diskussion soll nur im Ergebnis dargestellt werden: Man hat sich auf diejenigen Erkrankungen geeinigt, die zukünftig von den Krankenhäusern ambulant behandelt werden können. Hierbei hat jede Seite „Federn gelassen“, was einem solchen Einigungsprozess aber nicht nur eigen ist, sondern letztlich der Stabilität des gefundenen Ergebnisses und der zukünftigen Zusammenarbeit auf Augenhöhe dient.

Es wurden darüber hinaus für einige Erkrankungen Fallzahlbeschränkungen des Krankenhauses vereinbart. Diese Fallzahlgrenzen erhöhen sich in Zukunft nur in dem Umfang, in dem auch die Fallzahlen bei niedergelassenen Ärzten ansteigen, also entsprechend der zunehmenden Morbidität. Zur Absicherung dieser Fallzahl-obergrenzen wurden dem RLV-System vergleichbare Budgets für das Krankenhaus vereinbart. Schließlich wurde für einige Erkrankungen vorgesehen, dass das Krankenhaus nur auf Überweisung eines Facharztes der jeweiligen

Disziplin (nicht aber unmittelbar auf Überweisung von Hausärzten) tätig werden darf und dass quartalsweise Überweisungen erforderlich sind.

Die Geschäftsführung dieser Krankenhäuser hatte sehr genau vorhergesehen, dass eine Veränderung tradierter Versorgungsstrukturen eines starken Impulses bedarf, wie er in der Stellung umfassender Anträge nach § 116b SGB V liegen kann. Die Krankenkassen hatten erkannt, dass für ihre Versicherten bei einigen Erkrankungen die ambulante Versorgung durch die Krankenhäuser qualitativ hochwertiger und für das System letztlich auch wirtschaftlicher erfolgen kann, sie haben allerdings gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung auch in ganz besonderer Weise darauf geachtet, dass etablierte ambulante Versorgungsstrukturen in keiner Weise beschädigt werden.

Letztlich, und dies zeichnet die derzeitige „letzte Runde“ in den konsensualen Verhandlungen aus, sollen zahlreiche niedergelassene Vertragsärzte in die Versorgung durch die Krankenhäuser einbezogen werden. Die Richtlinien des GBA fordern ein sogenanntes interdisziplinäres Team. Dieses besteht in dem erwähnten Modell aus Krankenhausärzten und Niedergelassenen.

Wären David und Goliath nie gegeneinander angetreten, so wäre die Welt nicht nur um eine Geschichte ärmer. Sie wäre auch um einen Kampf ärmer. Unterstellt man, dass Kampf wohl nicht das Mittel zur Lösung der Probleme im Deutschen Gesundheitssystem ist, so sollte man die neuen gesetzlichen Möglichkeiten als Chance verstehen, gemeinsam neue Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Die Rolle des Staates kann sich dann darauf beschränken, Diskriminierung und Missbrauch marktbeherrschender Stellungen zu verhindern. Das Ergebnis wäre Deregulierung und fairer Wettbewerb. □

AUTOR

Dr. Ingo Pflugmacher

Fachanwalt für Medizinrecht

Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Privatliquidation Die GOÄ bleibt

Im Deutschen Ärzteblatt (Nr. 20 vom 21.5.2010) wird über den 113. Deutschen Ärztetag berichtet und dabei auch kurz auf die GOÄ eingegangen. Was allerdings hierzu fast nebensächlich erwähnt wird, ist inhaltlich für alle Ärzte doch recht bedeutsam. Das Wichtigste für Sie zusammengefasst.

ROLF HAGENAH

Die Regierungskoalition hat sich für eine Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte, die GOÄ, unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung ausgesprochen. Diese Aussage lässt den Schluss zu, dass hier nicht nur eine Novellierung der GOÄ angestrebt wird, sondern wohl auch deren Legitimierung.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich frühzeitig und anhaltend darum bemüht, zusammen mit vielen medizinischen Gesellschaften/Verbänden rechtzeitig eine aktualisierte GOÄ zu erstellen, um sie nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) der Regierung vorlegen zu können. Eine abschließende Abstimmung der Bewertung der Ziffern und Inhalte wird im Spätsommer beziehungsweise Herbst diesen Jahres erfolgen.

Das will der Deutsche Ärztetag

Der Deutsche Ärztetag erwartet die Beachtung einiger Eckpunkte:

- Fairer Ausgleich der berechtigten Interessen der Patienten und Ärzte (§ 11 BÄO)
- Weiterentwicklung der GOÄ zu einer modernen Gebührentaxe
- Gewährleistung wirtschaftlicher Stabilität und Attraktivität des freien Arztberufes als Garant für eine hochwertige, an medizinischen Gesichtspunkten ausgerichtete Gesundheitsversorgung
- Zugrundelegung des Vorschlages der BÄK, der folgendes berücksichtigt:
 - Umfassende Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsverzeichnisses unter Einbeziehung von rund 160 ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften

- Normative Bewertung auf empirischer Datengrundlage
 - Einen betriebswirtschaftlichen, am Schweizer TARMED-Modell orientierten innerärztlich ausgewogenen Bewertungsansatz
 - eine allgemeine Aufwertung der ärztlichen Leistungskomponente berücksichtigt.
- Ablehnung einer Öffnungsklausel, da weder wettbewerbsrechtlich haltbar noch mit der BÄO vereinbar. Außerdem würde die Kostenträgerseite zu Lasten der Leistungserbringer gestärkt.

— Differenzierte Betrachtung der Ausgangssituation in der privaten Krankenversicherung (PKV)

Der Deutsche Ärztetag fordert den Vorstand der BÄK auf auszuschließen, dass die GOÄ mit dem Ziel einer Vereinheitlichung eine Anpassung an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfährt, sowohl im Hinblick auf das Honorarniveau als auch im Hinblick auf strukturelle Änderungen. □

AUTOR

Prof. Dr. med. Rolf Hagenah, Rotenburg

Buch-Tipp!



Kostenlose Hilfe für die optimale Verhandlung Ihres Chefarztvertrages

Chefarzt wird man normalerweise nur einmal im Leben. Deshalb sind die eigenen Erfahrungen in Bezug auf die unterschiedlichen Vertragsinhalte für den Chefarztaspiranten meist nicht umfassend. Hilfe wird deshalb oftmals von juristischer und medizinischer Seite gewünscht und nötig sein, schließlich lebt ein Chefarzt gewöhnlich viele Jahre mit dem Ergebnis seiner Vertragsverhandlung. Deshalb hatten die neurologischen Chefarzte die Autoren angeregt, Leitlinien zur Vertragsverhandlung, zur Formulierung und zum Detailverständnis der Dienstverträge leitender Krankenhausärzte zu erstellen. In dem gut 100 Seiten umfassenden Buch wird unter anderem auf taktische Vorgehensweise aus der Verhandlungsposition des Arztes, auf häufig gestellte Fragen und ausführlich auf die wesentlichen Regelungen des Chefarztvertrages eingegangen. Das Buch ist kostenlos bei Vertragsberatung durch Dr. jur. Ingo Pflugmacher, c/o Rechtsanwälte Busse & Miessen, Oxfordstraße 21 in 53111 Bonn zu bekommen, sowie über den Berufsverband für Mitglieder, die in Vertragsverhandlungen für eine Chefarztposition stehen.

rh

Neurologische Versorgung Alarmstufe Rot in den Krankenhäusern

Die neurologischen Klinikabteilungen befinden sich in einem drastischen Wandel: Die Fallzahlen steigen, die Liegezeiten sinken und zwei von drei vakanten Stellen können derzeit nicht nachbesetzt werden.

PETER-DIRK BERLIT UND CHRISTIAN GERLOFF

Eigentlich sind die Voraussetzungen für die klinischen Neurologen hervorragend: Ihr Fachgebiet ist eines der spannendsten mit dem höchsten auch internationalen wissenschaftlichen Output. Die Zahl der neurologischen Erkrankungen steigt aufgrund der demografischen Entwicklung kontinuierlich an, die therapeutischen Möglichkeiten haben sich in den letzten zwei Dekaden exponentiell vermehrt und mit den ersten Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS-Ziffern) für neurologische Krankheitsbilder ist auch die wirtschaftliche Situation neurologischer Abteilungen am Krankenhaus deutlich besser geworden. Trotzdem haben wir mit einer Reihe von erheblichen Problemen zu kämpfen: Der administrative und Dokumentationsaufwand nimmt stetig zu, bei schwindendem Zeitkontingent für die direkte Arbeit am Patienten. Darüber hinaus wird das Erlernen der in der klinischen Neurologie relevanten apparativen Zusatzmethoden in der Regelausbildungszeit schwieriger wegen zunehmender Routinebelastung einerseits und der steigenden Komplexität der Zusatzdiagnostik andererseits. Schließlich kann eine wachsende Zahl von Assistenzarztstellen an den neurologischen Abteilungen nicht mehr besetzt werden.

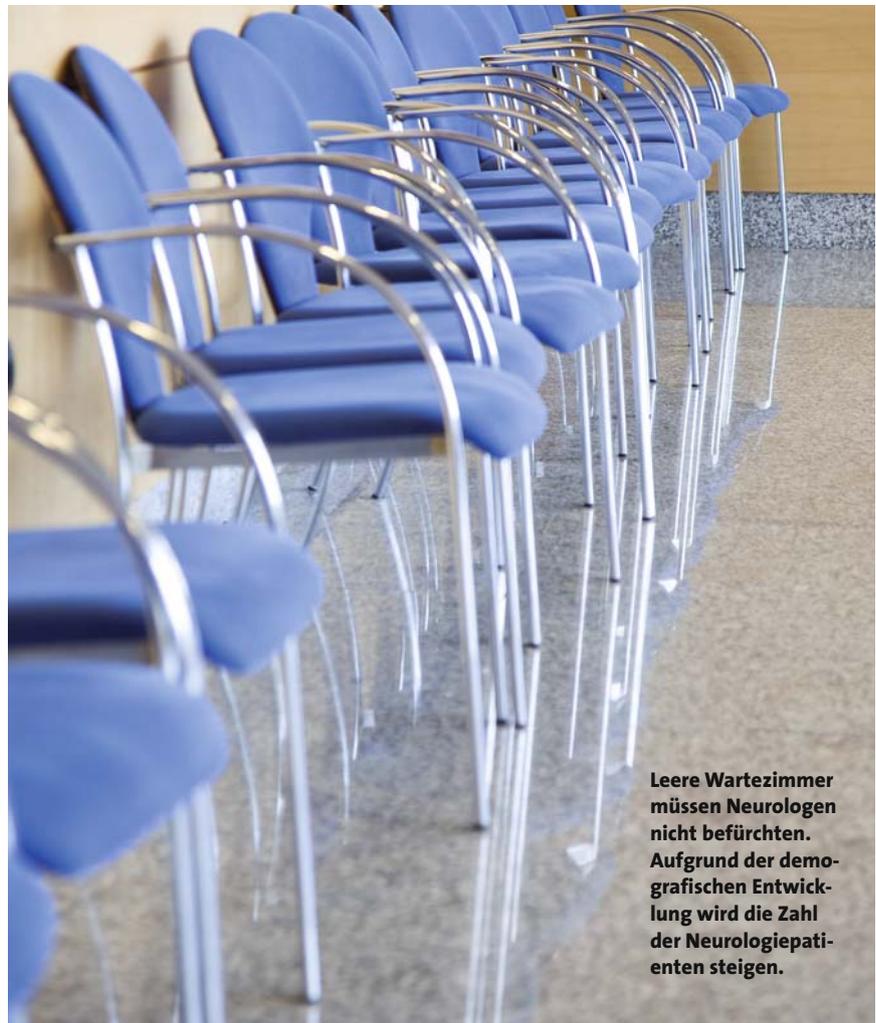
Liegezeiten erschweren oft angemessene Versorgung

Steigende Fallzahlen, oft mit einem deutlich zunehmenden Case-Mix-Index, stehen sinkenden Liegezeiten gegenüber. Dabei erreichen viele Kliniken mit einer Liegezeit von sechs Tagen und darunter Bereiche, in denen Patienten mit schwerwiegenden neurologischen Krankheitsbildern nicht mehr angemessen versorgt

werden können. Hier wird ein schmaler Grat zwischen Ökonomisierung und patientenzentrierter klinischer Versorgung beschritten. Um ein vernünftiges Qualitäts- und Risikomanagement durchführen zu können, steht dem kontinuierlich steigenden Patientendurchsatz die wach-

sende Notwendigkeit der Überwachung und Dokumentation gegenüber.

Der Assistenzarzt in der Ausbildung befindet sich zwischen wachsenden administrativen Aufgaben mit Dokumentationszwang auf der einen Seite und einem ständig zunehmendem Quotienten



Leere Wartezimmer müssen Neurologen nicht befürchten. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl der Neurologiepatienten steigen.

© Ivan Montero Martinez / Shutterstock

von Patienten pro Arzt und Jahr auf der anderen Seite. Die „Essentials“ der klinischen Neurologie wie Anamneseerhebung, klinische Untersuchung, kritische Würdigung und Beurteilung von Zusatzdiagnostik und Differenzialtherapie nehmen ab.

Durch die bundesweit in der Neurologie stationär steigenden Patientenzahlen bei abnehmenden Liegezeiten passt das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (INEK) die DRGs nach unten an – der Umsatz pro Patient nimmt ab. Und auch wenn von kaufmännischer Seite gesehen wird, dass die Neurofächer zu den wachsenden zählen und aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zählen werden, nutzt das Angebot zusätzliche Arztstellen besetzen zu dürfen nur wenig, weil der Markt erschöpft ist und qualifizierte Bewerber fehlen.

Unter diesem Aspekt ist die Sorge vieler niedergelassener Kolleginnen und Kollegen vor dem § 116b am Krankenhaus sicher unbegründet: Faktisch können inzwischen etwa zwei Drittel aller neurologischen Abteilungen am Krankenhaus vakante Arztstellen nicht mehr direkt besetzen. Es wird den Klinikabteilungen flächendeckend in Deutschland gar nicht möglich sein, zunehmend Tätigkeiten im ambulanten Sektor auszubauen und nebenbei sowohl im ambulanten als auch in der stationären Neurologie qualifizierten Nachwuchs heranzuziehen.

Fortbildungsangebot kontinuierlich ausbauen

Entscheidend wird sein, dass die organisatorischen Abläufe in den Klinikabteilungen weiter optimiert werden, dass die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte durch Dokumentations- und Kodierfachkräfte von administrativen Aufgaben entlastet werden und dass ein Ausbildungscurriculum angeboten und auch umgesetzt wird, welches das Erlernen der erforderlichen Zusatzmethoden innerhalb des vorgesehenen Ausbildungszeitraumes ermöglicht. Darüber hinaus muss ein kontinuierliches Fortbildungsangebot die Freude an unserem spannenden Fach aufrecht erhalten. Nur durch eine Refokussierung auf das eigentlich Spannende an unserem Fach,

die Differenzialdiagnostik, Differenzialtherapie und die Neurowissenschaften wird die Attraktivität wieder angemessen steigen.

Im ambulanten Bereich immer mehr Patienten unterversorgt

Wahrscheinlich können moderne Organisationsformen wie § 116b-Ambulanzen am Krankenhaus, MVZ und Tageskliniken mit teilstationärer Versorgung sogar das Interesse der angehenden Neurologinnen und Neurologen für eine ambulante Tätigkeit wecken, insbesondere dann, wenn in diese Konstrukte niedergelassene Kolleginnen und Kollegen einbezogen werden. Wichtig ist der Konsens und die Vernetzung mit den niedergelassenen Ärzten, dann werden beide Seiten gewinnen, wobei im Vorfeld geschlossene vertragliche Vereinbarungen die Transparenz und das gute Miteinander fördern.

Derartige ambulante Einrichtungen an Kliniken sollten aber auch tatsächlich einen spezialisierten Versorgungsauftrag erfüllen (z.B. neuromuskuläre Erkrankungen, innovative Neuroimmunologie oder Vorbereitung für invasive Verfahren bei Bewegungsstörungen). Sie entlasten den niedergelassenen Kollegen, erhöhen das Leistungsspektrum sowie die Ausbildungsmöglichkeiten an einer Klinikabteilung und machen diese für niedergelassene Kollegen und Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung gleichermaßen attraktiv.

Die Zukunft der klinischen Neurologie wird im Bereich der Netzwerkbildungen sektorübergreifend liegen – wir sind überzeugt, dass von einer solchen Strategie alle im Bereich der Neurologie tätigen Ärzte profitieren. □

AUTOREN

Peter-Dirk Berlit, Essen
Christian Gerloff, Hamburg

Versorgungsmodelle Sind Direktverträge sinnvoll?

Bereits Anfang 2004 wurden zu den wichtigsten neurologischen Krankheitsbildern Versorgungsmodelle entwickelt. Nachdem das Interesse der Krankenkassen zu Beginn sehr verhalten war, konnten doch mittlerweile einige Verträge abgeschlossen werden.

UWE MEIER

Mit der Gesundheitsreform wurden die Möglichkeiten, Direktverträge mit den Krankenkassen abzuschließen, erheblich verbessert. Bis 2004 erfolgte die ambulante Versorgung abgesehen von wenigen modellhaften Strukturverträgen weitgehend in den Kollektivverträgen mit der KV als Vertragspartner. Mit dem sogenannten GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 wollte man den Wettbewerb stärken und die Abschlüsse von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 durch Anschubfinanzierungen fördern. Die Berufsverbände haben aus diesem Grund bereits Anfang 2004 diverse Versorgungsmodelle entwickelt und eine entsprechende Kommission unter dem Dach der DGN gegründet. Die Krankenkassen waren zunächst sehr zurückhaltend, da sich die Strukturierung von Versorgungsabläufen bei neurologischen Krankheiten sehr komplex darstellt und sich das „Image“ dieser Erkrankungen bis auf wenige Ausnahmen aus Marketinggesichtspunkten eher ungünstig darstellt. Dennoch konnten wir einige Verträge abschließen. Genannt seien der MS-Vertrag in Nordrhein, Videobeobachtung Parkinson, der Kopfschmerzvertrag und andere. Wenn wir auch mit diesen Verträgen keine nennenswerte Flächendeckung erreichen konnten, haben wir doch wichtige Erfahrungen in der Vertragsgestaltung, -abwicklung und -verhandlung gewinnen können. Die Erfahrungen mit den laufenden Verträgen haben wir in einem neuen Buchprojekt über „Leuchtturmprojekte“ im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten unter der Federführung von Professor Amelung, Präsident des Bundesverbandes Managed Care veröffentlicht (siehe Buch-Tipp).

Fokussierung der Kassen auf wirtschaftliche Interessen

2008 ist die Anschubfinanzierung der „Integrierten Versorgung“ (IV) aufgegeben worden, das heißt die Verträge mussten sich aus sich selbst heraus finanzieren. Es war zunächst unklar, was mit den laufenden Verträgen geschehen und wie sich das Interesse der Krankenkassen vor diesem Hintergrund weiterentwickeln würde. Durch die Einführung der morbiditätsorientierten Verteilung der Finanzmittel über den Gesundheitsfonds und nicht zuletzt durch die bestehenden, durchweg als erfolgreich eingeschätzten Verträge konnten wir durchaus, wenn auch regional sehr differenziert, ein anhaltendes Interesse der Krankenkassen verzeichnen. So werden beispielsweise derzeit die Schlaganfallverträge in Nordrhein flächendeckend ausgerollt. In Rheinland-Pfalz wurde vom BDN-Landessprecher Günther Endrass ein neuer MS-Vertrag ausgehandelt und in Essen wird in Anlehnung an das Kopfschmerzkonzept Essen und dem Münchner Schwindelvertrag (Prof. Strupp) ein Schwindelvertrag abgeschlossen. Darüber hinaus laufen derzeit Verhandlungen zur Demenzversorgung. Alles in allem handelt es sich natürlich nur um sehr kleinteilige Lösungen. Eine bedeutsame Alternative zum Kollektivvertrag entwickelt sich hier nicht, was von den Verbänden allerdings strategisch auch nicht intendiert wird.

IV-Verträge bieten sicherlich die Chance außerhalb der Sachzwänge eines historisch gewachsenen und nur partiell und mühsam adaptierbaren KV-Systems innovativer, medizinisch fundierter und vor allem sektorenübergreifend definierte

Patientenklientel zu behandeln. Es zeigen sich aber Gefahren, da es keinen Sicherstellungsauftrag außerhalb der Kollektivverträge gibt und Verträge jederzeit kündbar sind, wenn sich die Kennzahlen aus Sicht der Krankenkassen nicht in die gewünschte Richtung entwickeln. Hier ergeben sich durchaus Interessenkonflikte, da Vertragsziele aus Sicht der Krankenkassen, Leistungserbringer und Patienten naturgemäß nicht deckungsgleich sind. Gerade nach dem Wegfall der Anschubfinanzierung erleben wir bei den Krankenkassen eine zunehmende Fokussierung auf wirtschaftliche Kennzahlen, was betriebswirtschaftlich natürlich folgerichtig ist, aber medizinisch fatal sein kann.

Verträge müssen sich aus den Einsparungen die sie hervorbringen finanzieren und hier sind die Möglichkeiten gerade bei den von uns versorgten Krankheiten begrenzt. Zielparameter sind im Wesentlichen AU-Tage, Krankenhauseinwei-



Buch-Tipp!

Erfolgreiche Modelle und innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von neuropsychiatrischen Patienten kennen,

bewerten und umsetzen. Gar nicht so einfach. Hilfe gibt es jetzt aus der MWV Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Berlin mit dem Buch „Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten“ mit 100 minütiger Video-DVD, das unter der Schirmherrschaft von BDN, BVDN, BDK, DGSM sowie DGN und der Mitwirkung namhafter Autoren wie Volker Eric Amelung, Frank Bergmann, Peter Falkai, Edda Jaleel, Uwe Meier, Heinz Reichmann und Christa Roth-Sackenheim entstand. Preis: 49,95 Euro

sungen und Medikamentenkosten, medizinische Qualitätsziele sind eher untergeordnet. Es gibt aber Ausnahmen: So weisen die Stroke-Unit-zentrierten Schlaganfallverträge in Nordrhein erhebliche Kostensteigerungen auf. Durch eine strukturierte Nachsorge sinken die Mortalitätsraten jedoch deutlich, so dass der Roll-Out dieser Verträge eigentlich schon aus ethischen Gründen geboten ist, was einzelne Krankenkassen wie die AOK-Nordrhein offenbar auch so sehen.

Managementgesellschaften werden vermehrt eingebunden

Eine weitere Tendenz in der Vertragsgestaltung deutet sich bei den Krankenkassen an, in der zunehmenden Delegation der Steuerung des Leistungsgeschehens an Managementgesellschaften. Dies betrachten wir durchaus kritisch, denn eine Externalisierung der Versorgungssteuerung birgt erhebliche Gefahren, da womöglich nicht mehr die Patienteninteressen führend sind, sondern Manage-

mentgesellschaften unter dem Druck stehen, primär die ökonomischen Interessen der Krankenkassen zu bedienen, was natürlich auch der Hintergrund dieser Entwicklung ist. In einem Fall einer sehr eklatanten Vertragsumgestaltung hat dies im Übrigen bei dem Depressionsvertrag mit der Techniker Krankenkasse zum Bruch und zur Vertragskündigung geführt. Hier ist von allen Beteiligten bei der Vertragsgestaltung zukünftig Fingerspitzengefühl gefragt. Schließlich besteht einer der großen Vorzüge der integrierten Versorgung darin, dass der Mehrwert für alle Beteiligten, sprich Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringer erkennbar sein muss. Versucht eine Partei hier einseitig seine Interessen zu verfolgen, kann ein Vertrag kaum nachhaltig sein, da hierfür das Engagement aller Vertragspartner erforderlich ist. Ähnlich kritisch verhält es sich mit Verträgen, die von Krankenkassen und/oder KVen teilweise zusammen mit der Pharmaindustrie ohne Mitwirkung derje-

nigen entwickelt werden, die die Expertise in der Patientenversorgung haben. Die Gefahr einer Todgeburt mangels Machbarkeit, einseitiger Interessenverfolgung und fehlender Akzeptanz ist immens.

Auch wenn Direktverträge in der überregionalen Betrachtung kein bedeutender wirtschaftlicher Faktor sind, halten wir die Weiterentwicklung der Konzepte und Neuabschlüsse nach wie vor für sinnvoll. Gut gemachte Verträge sind für alle Beteiligten eine Bereicherung, weil sie eine nach Qualitätszielen ausgerichtete, bessere Medizin auf solider betriebswirtschaftlicher Grundlage darstellen. Wir werden zusammen mit der KBV, den gemeinsam entwickelten Mustervertrag zur Versorgung neurologischer und psychiatrischer Patienten weiter bewerben, damit mehr Patienten und Ärzte Zugang zu den Vorteilen einer strukturierten Versorgung erhalten und dass die Verträge mehr als bisher ihren regionalen Modellcharakter verlieren und flächendeckender zum Einsatz kommen. □

Anzeige

Chronische neurologische Erkrankungen

Neuro-Rehabilitation stationär – und dann...?

Die Besonderheiten in der langfristigen Versorgung chronischer neurologischer Erkrankungen und Verletzungen des Nervensystems liegen darin, dass das regulatorische Zentralorgan des Menschen betroffen ist und dass Restitutions-, Kompensations- und Anpassungsvorgänge mehr Zeit und komplexere Interventionen benötigen, als das System zur Zeit gewährt.

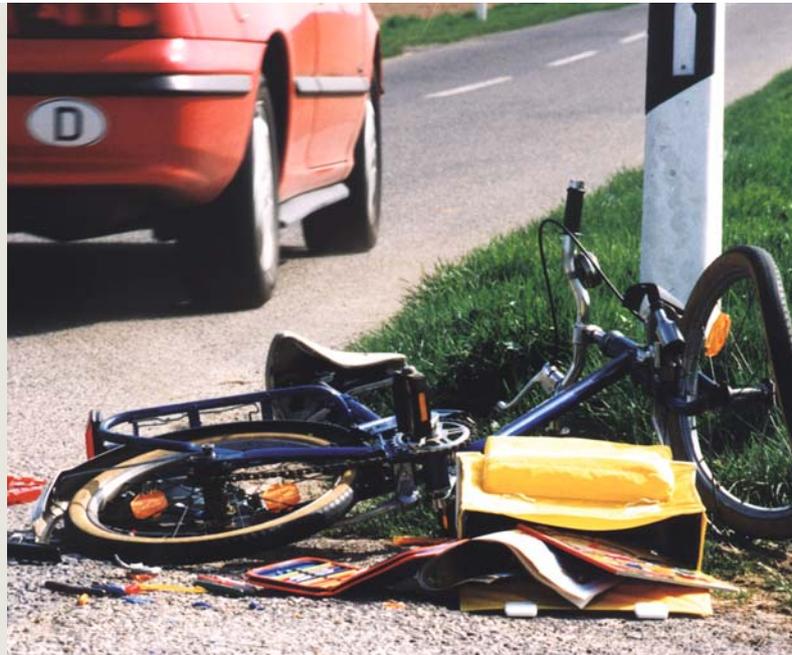
PAUL REUTHER*, BARBARA BOERKEL, ELKE VESPO, ALBRECHT HENDRICH

Das Hauptproblem für die erfolgreiche langfristige Versorgung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen/Verletzungen – und damit die Ursache für die dadurch bedingten Kosten [Winter et al., 2008; Kolominski-Rabas et al., 2006] – liegt darin, dass dasjenige Organ des Menschen betroffen ist, das für die Bewältigung von körperlichen und geistigen Aufgaben im häuslichen, sozialen und beruflichen Leben zentral steuernd notwendig ist. Außerdem reguliert das Gehirn die Verarbeitung und die Anpassung an die Erkrankung. Funktionelle Beeinträchtigungen beinhalten in komplexer Kombination sowohl motorische Fähigkeiten, wie zum Beispiel das Gehen und den Arm- und Handgebrauch, die Sprach- und Sprechfertigkeiten als auch die geistige Leistungsfähigkeit, beispielsweise in kognitiven und affektiven Teilbereichen. Die Fähigkeit zur Regulation des Sozialverhaltens ist damit zentral betroffen.

Da neurologische Erkrankungen, hier speziell Gehirn und Rückenmarksschädigungen, in vielen Fällen nicht „heilen“, verbleiben Beeinträchtigungen meist dauerhaft, auch wenn durch Behandlung im Rahmen der Rehabilitation eine Verbesserung der Funktionen möglich ist, aber eben keine Wiederherstellung des Zustandes vor der Schädigung. „Somit wird eine weit über das normale Maß der Rehabilitation anderer Krankheitsbilder

Die Rehabilitation vor allem der komplexen Funktionen und Leistungen bedarf einer länger dauernden Behandlung. Teilweise brauchen die Betroffenen eine lebenslange Betreuung.

© ZNS-Hannelore-Kohl-Stiftung



hinausgehende weitere Hilfestellung von außen notwendig“ [BAR, 2005].

Die Rehabilitation komplexer Funktionen wie Sprache, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, Krankheitsverarbeitung, Ich-Identität, Ich-Integration, Selbstorganisation, Emotion und Affekt betrifft Fähigkeiten, die einer länger dauernden Behandlung und teilweise einer lebenslangen Betreuung bedürfen [Schönle, 2010].

Die Neuro-Rehabilitation

Deutschland verfügt weltweit über das umfassendste neurologische Rehabilitationssystem für die Gesamtbevölkerung. Die Ausgestaltung der neurologischen

Rehabilitation führte 1994 zum Phasenkonzept der „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ (BAR) und damit zu einem umfassenden Rahmen für die Rehabilitation von Patienten mit Hirnschädigungen im Anschluss an die Akutbehandlung. Langzeitbeobachtungen [Neubauer, Ranneberg, 2005; Rickels et al. 2006; Kolominski-Rabas et al. 2006; Hoeß et al. 2008; Schupp, Kulke, 2009] zeigen aber, dass es dennoch einen relevanten Entwicklungsbedarf für die Neuro-Rehabilitation gibt, der sich mit Effektivität und Effizienz unter den Aspekten

1. der Wirksamkeit im Sinne von sozialer Re-Integration und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie

* für den Vorstand des BV ANR e.V. und in Abstimmung mit den Mitgliedern der AG Teilhabe: Rehabilitation und Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung

2. der Nachhaltigkeit und der Langzeitperspektive im Lebensraum für den Menschen mit chronisch neurologischer Erkrankung und Verletzung des Nervensystems befassen muss.

Masur et al. haben bereits 2007 einige Perspektiven für die Weiterentwicklung der Neuro-Rehabilitation und der restaurativen Neurologie beschrieben [Masur et al., 2007]. Aus sozialmedizinischen, sozialen und gesamtwirtschaftlichen Gründen muss sozialräumig – also im Lebens- und Arbeitsraum – der Zugang zu einer effektiven, aktivitäts- und teilhaberorientierten Versorgung gestaltet und angeboten werden. Die Strukturvorteile einer komplextherapeutischen, rehabilitativen Vor-Ort-Versorgung werden heute bei Weitem nicht genutzt. Zur Steigerung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ist hier ein Systemwechsel erforderlich, dem bisher aber viele, überwiegend nicht versorgungsorientierte Hemmnisse entgegenstehen.

Aktivierende Therapie zur autonomen Lebensführung und zur Reduktion von Fremdhilfe und sozialer Transferleistung ist vor allem in der Neuro-Rehabilitation ein therapeutischer Prozess, der langfristig gesichert werden muss. Die zunehmende Zahl der Menschen, die durch chronisch neurologische Krankheiten und Verletzungen des Nervensystems, teils lebenslanglich beeinträchtigt und behindert bleiben, aber auch die älteren Menschen, die mit zunehmenden altersneurologischen Beeinträchtigungen länger leben, erfordern dies.

„Change we need“

Die Stimmen werden allendhalb lauter: „Change we need“ [Raspe, 2009]. Der ärztliche Beirat der BAR hat notwendige Veränderungen der Rehabilitationssysteme beschrieben [Seger et al., 2008]. Auch im Deutschen Ärzteblatt wurde aktuell für chronisch Kranke und Behinderte eine bessere Vernetzung der Rehabilitation und Rehabilitationsnachsorge in den ambulanten Bereich, eine Flexibilisierung und eine Individualisierung der Rehabilitationsdauer, eine verbesserte Sekundär- und Tertiärprävention und eine Qualitätssicherung auf der Ebene der Ergebnisqualität (!) gefordert [Wirth et al., 2010]. Der 4. Nachsorgekongress der AG Teilhabe „Rehabilitati-

on, Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung“ befasste sich im März 2010 mit dem Thema „Neuro-Rehabilitation stationär – und dann ...?“ und griff damit eines der wichtigsten gegenwärtigen Probleme der neurologischen Rehabilitation und deren Weiterentwicklung auf. Die Tagung fragte nach dem, was nach der Akutbehandlung und der stationären Neurorehabilitation im Lebensraum des Betroffenen folgt. Vorhandene Unter- und Fehlversorgung und der zeitliche Bezug wurden angesprochen. Was nachstationär im Lebensraum des Betroffenen kommt bleibt offen und es bleibt unklar, ob überhaupt etwas kommt. In der Realität besteht eine ungenügende Vernetzung stationärer und ambulanter Rehabilitation (Flexibilität) und weiterer integrierter Behandlungs- und Betreuungsangebote in den konkreten Lebensraum der Betroffenen hinein. Zielführende Nachsorgepläne fehlen häufig oder „scheitern“ an der Schnittstelle zu nachbehandelnden Ärzten, an welche mit der Beendigung der Rehabilitation die Verfahrenshoheit übergeht. Diese wiederum sind häufig durch rehabilitationsmedizinische Problemlösungen, insbesondere der Neurologie, überfordert und nicht ausreichend qualifiziert.

Schönle thematisierte in seinem Tagungsbeitrag zwei wichtige Linien für die Weiterentwicklung der Neuro-Rehabilitation:

- die Langfristperspektive (lebenslange Rehabilitation) und
- die Vor-Ort-Perspektive der Rehabilitation.

Langzeitperspektive und Vor-Ort-Rehabilitation

Die Notwendigkeit einer Langzeitperspektive ergibt sich dabei aus den Langzeitfolgen von chronisch neurologischen Erkrankungen und Verletzungen des Nervensystems. Die Notwendigkeit einer Vor-Ort-Rehabilitation (Sozialraumbezug, community based), die schon lange vor allem für jüngere Patienten hätte implementiert werden müssen, wird in naher Zukunft durch die demografische Entwicklung dringend erforderlich werden. Menschen mit wesentlichen neurologischen Behinderungen und solche, die davon bedroht sind

,können nur Vorort in und mit ihrer Umgebung nachhaltig rehabilitiert werden [Schönle PW, 2010].

Ein zentraler Schwachpunkt (s.o.) ist die Überleitung vom stationären in einen nicht ausreichend rehabilitativ aufgestellten ambulanten Sektor: Diese Schnittstelle muss aktiv geplant, und rehabilitativ und komplextherapeutisch gestaltet werden, und darf nicht länger ein Anhängsel der üblichen, kurativen ambulanten Versorgung oder einer unverbindlichen sozialmedizinischen Planung bleiben. Nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation bedürfen viele neurologische Patienten zur Integration in ihre Lebenswirklichkeit weiterer rehabilitativ orientierter Leistungen, die in der kurativ-ärztlichen und funktionsorientierten Heilmittelversorgung in der Regel NICHT verfügbar sind.

Die Vernetzung stationärer und wohnortnaher Angebote muss verbindlich und über verbindliche Phase E-Pläne und deren Umsetzung transparent werden. Regional müssen – ähnlich spezialisierten Krankenhausambulanzen (§ 116b SGB V oder analog Frühförderung nach § 119 SGB V) – wohnortnahe REHA-Nachsorgezentren oder integrierte Netzwerke zu Lasten der Sozialversicherungen Phase E-Sprechstunden mit einer definierten Zahl von Terminen durchführen und notwendige therapeutische und/oder komplextherapeutische Phase E-Leistungen verordnen können.

Die BAR hat sich bereits 2004 zur Aufgabe gesetzt, trägerübergreifende Empfehlungen zur neurologischen Rehabilitation in der Phase E – also für die Phase der nachgehenden Rehabilitation und der Wiedereingliederung und Sicherung des Rehabilitationserfolges zu erarbeiten [BAR, 2005]. Diesen Arbeitsauftrag hat die BAR in ihrer nächsten Planungsphase Ende 2007 nochmals bekräftigt und publiziert [BAR, 2008]. Als erste Teilaufgabe zur Gestaltung der Phase E hat die BAR eine Rahmenempfehlung zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation in stationären Phase II-Einrichtungen erarbeitet, die sich im Abstimmungsprozess [BAR, 2010] befindet.

Das Phasenmodell

Für die Rehabilitation von Menschen mit neurologischer Erkrankung/Hirn-

verletzung beschreibt das Phasenmodell der BAR eine durchgängige Versorgungskette von der Akutbehandlung bis zur Eingliederung in das soziale Umfeld und die Langzeitbetreuung; In der Phase B geht es zunächst um die Wiedererlangung basaler biologisch-vegetativer Autonomie ohne Beatmung etc. In den Phasen C und D (= medizinische Rehabilitation) geht es um die weitere funktionale Stabilisierung, um die Überwindung von Fremdhilfe und um die Vorbereitung der sozialen Integration.

- Die Phase E (Rehabilitationsnach-sorge) soll die nachgehenden rehabilitativen Maßnahmen und Leistungen
- zur Stabilisierung der Rehabilitationsfortschritte in der Lebenswirklichkeit,
 - zum Transfer der Ergebnisse in das soziale Lebensumfeld,
 - zur Unterstützung der sozialen Re-Integration und letztlich
 - zum Erreichen einer bestmöglichen, an den individuellen Bedürfnissen orientierten sozialen Teilhabe umfassen.

In Phase F geht es um die rehabilitative Langzeitversorgung von Schwerbetrof-

fenen, die dauerhaft intensiver pflegerischer und aktivierender Unterstützung bedürfen. Von den Betroffenen- und Angehörigenverbänden wird auch noch die konzeptionelle Gestaltung einer Phase G angeregt, die sozialräumig komplexe Maßnahmen zur mittel- bis lang-

fristigen tätigkeitsbezogenen Nachsorge und Eingliederungshilfe für Menschen mit neurologischer Behinderung gestalten soll, die nicht in den ersten Arbeitsmarkt zurückkehren können.

Während die Rehabilitationsphasen A bis D und F relativ klar geregelt und

Tabelle 1

Die BAR definiert

Phase	Inhalt/Umfang
A	Akutbehandlungsphase
B	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der (neben frührehabilitativen) noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
C	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, Sie aber noch kurativmedizinisch und mit pflegerischem Aufwand betreut werden müssen
D	Rehabilitationsphase nach Abschluss der Frühmobilisation (Medizinische Rehabilitation im bisherigen Sinne)
E	Behandlungs-/Rehabilitationsphase nach Abschluss einer intensiven medizinischen Rehabilitation – nachgehende Rehabilitationsleistungen und berufliche (soziale) Rehabilitation (nachgehende Therapieleistungen zur Re-Integration in Teilhabe und Teilhabesicherung)
F	Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der dauerhaft unterstützende, betreuende (und/oder aktivierende) und/oder zustandserhaltende Leistungen erforderlich sind

Tabelle 2

Bezug der Rehabilitationsphase zum Grad der Autonomiefindung und entsprechenden Rehabilitationszielen [erweitert und ergänzt nach Fries et al., 2007]

Phasenabhängigkeit der Rehabilitationsziele

Stufen der Rehabilitation	Phasenmodell (BAR)	Grad der Autonomie = Selbstbestimmung	Ziele	Grad der Teilhabe
Akutbehandlung Frührehabilitation	A, B	Biologische Autonomie (Vitalfunktionen)	Unabhängigkeit von Maschinen und dauernder Pflege	↓
Postakute stationäre und ambulante Rehabilitation	C und D	Funktionelle Autonomie(ADL [Schlucken, Toilettenfähigkeit Selbstversorgung, Mobilität, Kommunikation])	Unabhängigkeit von Pflege und ständiger funktioneller Hilfestellung	
Wohnortnahe stationäre und/oder ambulante REHA (auch mobil-aufsuchend) Ambulante REHA-Nachsorge	C, D und „E“	Soziale Autonomie soziale Reintegration: Berufliche Wiedereingliederung Gemeinschaftliche Eingliederung und Vermeidung von Pflege	Unabhängige, selbstbestimmte Lebensführung in der sozialen Gemeinschaft Nachhaltige Sicherung des Rehabilitationserfolges	
Nachsorge (Langzeitkonzept 1) Aktivierende Pflege Mobile Rehabilitation Rehabilitative Nachsorge	C und F	Dauerhaft eingeschränkte Autonomie Bestmögliche ADL-Selbstständigkeit, basale Kommunikation und Mobilität	Betreute Lebensführung Vermeidung von Komplikationen Teilhabe an betreutem Lebensumfeld Unterstützung von betreuenden Personen	
Nachsorge (Langzeitkonzept 2) Eingliederungshilfe Rehabilitative Nachsorge	G	Dauerhaft eingeschränkte Autonomie Eingliederungshilfe	Tagesförderung LTA-Förderkonzepte für zweiten Arbeitsmarkt	

mit BAR-Empfehlungen untermauert sind, fehlen BAR-Rahmenempfehlungen oder -Arbeitshilfen für die Phase E und G. Die Festlegung nachgehender Leistungen zur Rehabilitation und nachgehende Therapieleistungen zur Teilhabe fehlt strukturell und prozedural. Fachkompetenz der schon jetzt vor Ort tätigen Neuro-Rehabilitationseinrichtungen und der Betroffenenverbände steht zur gemeinsamen Erarbeitung bereit.

Phase E – die Integrationsphase

Die konzeptionelle und strukturelle Gestaltung der gesamten Phase E in einer BAR-Rahmenempfehlung und deren Umsetzung sind zum Erreichen von Alltagskompetenz und sozialer Teilhabe medizinisch, sozialmedizinisch und gesamtökonomisch dringend erforderlich.

Viele Betroffene mit anhaltender Behinderung durch neurologische Erkrankung oder Verletzung des Nervensystems benötigen nach der stationären Versorgungsphase sozialräumig eine rehabilitationsmedizinische Langzeitperspektive (Vorort). Wichtig ist dabei, dass gemeinsam mit dem Betroffenen (und den Bezugspersonen) entsprechende Ak-

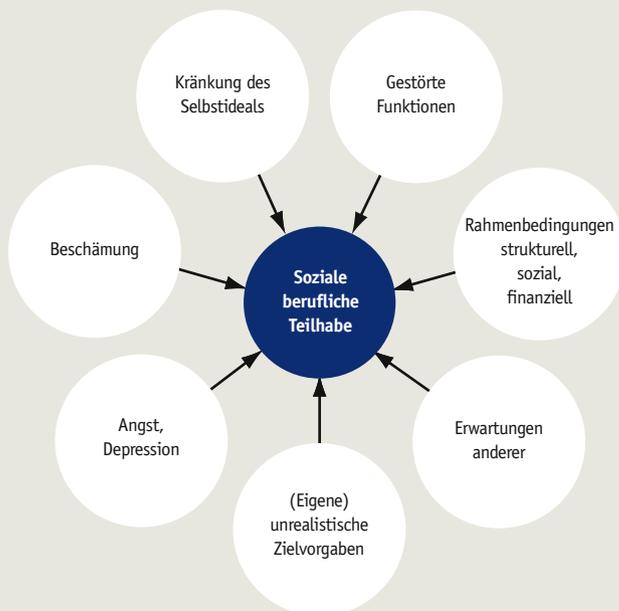
tivitäts- und Teilhabeziele erarbeitet und dann mit den notwendigen Ressourcen umgesetzt werden. Erst im familiären, sozialen und beruflichen Umfeld machen sich die Kontextfaktoren hemmend oder fördernd bemerkbar, die in der Umwelt des Betroffenen oder in der Person des Patienten selbst begründet sind; diese bedingen und verursachen immerhin bis zu 40 Prozent der Gesamtbehinderung [Fries, Fischer, 2008]. Die wohnortnahen und persönlichen Kontextfaktoren sind wichtig für das Teilhabeergebnis und für die Langzeitperspektive [Viol et al., 2006/2007].

Die Phase E umfasst

- nachgehende Leistungen zur Umsetzung des vorherigen Rehabilitationserfolges in den Lebensraum des Betroffenen,
- Leistungen zur Sicherung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationsergebnisses und stetigen Weiterentwicklung der Rehabilitationsziele sowie
- Leistungen zur sozialen Wiedereingliederung und deren langfristige Sicherung.

Siehe hierzu BAR-Praxisleitfaden „Strategien zur Sicherung der Nachhaltigkeit

Faktoren, die die soziale-berufliche Teilhabe beeinflussen [Fries et al., 2007]



von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ unter www.bar-frankfurt.de/Praxisleitfaden_Nachhaltigkeit.bar

Nachgehende Teilhaberehabilitation und komplexe Therapieangebote zu deren Sicherung kann bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Verletzungen des Nervensystems ein langwieriger, gelegentlich lebenslanger komplexer Behandlungs- und Förderprozess sein [Schönle, 2010].

Die Phase E befasst sich also mit den konkreten Ansprüchen des Betroffenen, die sich aus den rechtsgültigen Normen des SGB IX (2001) und der UN-Behindertenrechtskonvention (2009) für jeden einzelnen Behinderten oder von Behinderung Bedrohten ableiten: der Anspruch auf das individuelle Erreichen einer umfassenden gesellschaftlichen Teilhabe und Inklusion an allen Bereichen des gemeinschaftlichen, sozialen Lebens.

Menschen mit Behinderung gelten als funktional gesund im Sinne der ICF, dem Gesundheitskonstrukt der WHO, wenn Sie trotz krankheitsbedingter Schädigung und Behinderung in ihren Aktivitäten und in der Teilhabe so aufgestellt sind, als hätten sie die Krankheit nicht [Grotkamp, 2008].

Langzeitversorgung ist teuer

Die Besonderheiten der Gehirnerkrankung (Hirnverletzung), nämlich stark variierende Krankheits- und Rehabilitationsverläufe und eine hohe Abhängigkeit von Kontextfaktoren erfordern spe-

zifische Interventionsstrategien und -konzepte, aber auch individuelle zeitliche Rahmensetzungen, um das Ziel der Teilhabe zu erreichen und zu sichern. Dabei ist die gleichberechtigte Mitwirkung der Betroffenen bei Auswahl und Gestaltung der Leistungen und Dienste zur sozialen Eingliederung Voraussetzung für ihren Erfolg. Der Bedarf an Phase E-Leistungen muss individuell unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Situation des Betroffenen und orientiert an der jeweiligen Teilhabezielsetzung möglicherweise trägerübergreifend gültig ermittelt und festgelegt werden.

Zahlreiche Studien belegen den Erfolg medizinischer Rehabilitationsleistungen. Gleichzeitig wird aber auch dokumentiert, dass sich die erzielten positiven Effekte im Laufe der Zeit wieder verringern oder verloren gehen. In deutschen Langzeituntersuchungen zeigt sich auch, dass die reguläre ambulante haus- und fachärztliche Versorgung sowie die ambulante Heilmittelversorgung aus vielfältigen Gründen meist nicht in der Lage sind, den Erfolg medizinisch rehabilitativer Maßnahmen im sozialräumigen Bereich zu erhalten oder weiter auszubauen. Dabei ist die Langzeitversorgung chronischer neurologischer Patienten teuer [BAR, 2005; Rickels et al., 2006; Kolominski-Rabas, 2006; Hoeß et al., 2008; Schlote et al. 2008; Winter et al., 2008 etc.). Dennoch kann bei notwendiger Anpassung von Organisationsstrukturen und einer Änderung der Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen mehr Qualität für die Betroffenen und die Sozialsystem zu einem „vernünftigen“ Preis erzielt werden. Es gibt in Deutschland mannigfaltige Angebote für eine flexible, teilhabeorientierte nachgehende Versorgung im Sozialraum, wie zum Beispiel das Siegener Modell (Stroke Unit mit ambulanter Nachsorge), das Integrationsmodell AOK Rheinland [Grond, 2008], die Integrierte Versorgung Nordrhein (AOK Rheinland) [Busch, 2009]), das partizipative Rehabilitationsprozessmanagement Schlaganfall in Sachsen [Behrens et al., 2009], das Teilhabekonzept Fries und BV ANR [Fries et al., 2007/2009; Reuther/Bergemann, 2004–2009], das SAV Projekt in Bayern [Schupp, Kulke, 2005/2009] etc. Viele Konzepte

kranken an den bestehenden bürokratischen Hürden, obwohl sie gefördert und in anderen Regionen aufgebaut werden sollten.

Ambulante Heilmittelversorgung muss über die reine Funktionstherapie hinaus mit rehabilitativem Anspruch weiterentwickelt und durchgeführt werden [Kwakkel et al., 2004; Hesse et al., 2009; Schlote et al., 2008 etc.). Die Einführung evidenzbasierter Verfahren wird bisher nicht ausreichend gefördert. Oft besteht Bedarf an multiprofessioneller, gemeinsam zielorientierter Komplextherapie, die es in der regulären Heilmittelversorgung nicht gibt. Ambulante Neuropsychologie muss verfügbar werden. Behindertensportangebote muss es für neurologische Patienten in ähnlicher Dichte geben wie Herzsportgruppen.

In den Gesundheitssystemen anderer Länder werden Menschen mit neurologischen Erkrankungen und erworbenen Hirnschädigungen sowie auch altersneurologische Patienten besonders frühzeitig in den Lebensraum entlassen und dort rehabilitativ gefördert, zum Beispiel durch „early supported discharge“ in Glasgow (Langhorne et al., 2005), das „shared-care“-Modell in Luzern [Rentsch et al., 2005], „SHT-Lobby“, Wels [Hierzer et al., 2009], „Rehab without walls“ Milton Keynes, [Brooks, Johnson, 1995].

Die Durchdringung der Rehabilitation und der ambulanten Nachsorge mit schädigungs-, aktivitäts- und teilhabeorientierter Planung und Anwendung von Leistungen (ICF) und die konsequente Beachtung der individuellen und umweltbezogenen Kontextfaktoren ist der Schlüssel für eine wirksame Weiterentwicklung der Neuro-Rehabilitation in der Phase E (BAR 2006 bis 2010: ICF Leitfäden 1 bis 3). □

INFO

Das vollständige Papier inklusive der ausführlichen Literatursammlung und einer Übersicht über Verbände, Einrichtungen und Konzepte ist zur Publikation in der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ eingereicht, sie wurde im August 2010 der BAR und den sie tragenden Spitzenverbänden, dem BMAS und dem BMG und anderen Adressaten vorgelegt werden. Bis Ende 2010 wird das Papier auch internetbasiert auf den Homepages von BV ANR e.V. und AG Teilhabe abrufbar sein: www.bv-anr.de und www.nachsorgekongress.de

AUTOR

Dr. med. habil. Paul Reuther

Facharzt für Neurologie/Rehabilitationswesen/Verkehrsmedizin c/o ANR Ahrweiler, Schülzchenstr. 10
53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler
E-Mail: reuther@anr-ahrweiler.de

Bundesweite Dachkampagne Modernes Gesicht für die Neurologie

Die im Sommer 2010 gestartete und langfristig angelegte Initiative „Deutschland behält die Nerven“ zeichnet in der Öffentlichkeit das moderne Bild der Neurologie als eine Schlüsselmedizin für das 21. Jahrhundert. Dabei eignet sich die Kampagne als einheitliches Dach für alle neurologischen Richtungen, gleich, ob diese in der Praxis oder in der Klinik zu finden sind.

MARTIN GROND, FRANK A. MILTNER

Inhaltlich hat die Initiative „Deutschland behält die Nerven“ zwei große Ausrichtungen: Zum einen sollen junge Menschen frühzeitig unter dem Motto „Nachwuchs finden – Nachwuchs binden“ für die Neurologie als spannendes, medizinisches Fach interessiert werden, weil sich der Nachwuchsmangel bereits chronifiziert hat, progredient verläuft und deshalb entsprechend aggressiv und systemisch angegangen werden muss. Die Organisation der „Jungen Neurologen“ spielt dabei eine zentrale Rolle als Mittler zwischen Medizinstudenten und arrivier-

ten Neurologen (siehe Bericht S. 34). Zum anderen bietet die bundesweite Dachkampagne auch die Chance, die wachsende Bedeutung des Fachs für die Krankenversorgung auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene einheitlich zu kommunizieren. Entsprechend ziehen DGN und alle Berufsverbände an einem Strang. Der gemeinsam erwünschte politische Effekt: Eine höhere Akzeptanz der Leistungen in der Neurologie mit der entsprechenden Rückendeckung über alle Entscheidungsstrukturen hinweg.

Neuer Imagefilm angelaufen

Am 23. Juni 2010 befand sich Deutschland mitten im Fußballfieber. Auf der Straße des 17. Juni in Berlin fand weltweit das größte Fanfest der FIFA statt. Während sich gerade der Europäische Neurologenkongress in der Bundeshauptstadt seinem Ende näherte, feierten rund 200.000 meist jüngere Fußballfans an diesem Tag dem entscheidenden Qualifikationsspiel für die Endrunde gegen Ghana entgegen. Kurz vor dem Beginn des WM-Spiels allerdings wurden die Zuschauer überrascht, und zwar von der Neurologie. Denn erstmals wurde der neue Imagefilm „Deutschland behält die Nerven“ einem größeren Publikum gezeigt. In vier Minuten wurde die Neurologie als sprechende, aktiv therapierende und innovative Medizin dargestellt, und als ein attraktives, gesellschaftlich bedeutendes und zukunftssicheres Berufsfeld vorgeführt. In diesem Film wurde außerdem klargestellt, dass die Neurologie bei der Versorgung von Patienten mit Krankheiten des zentralen Nervensystems mit der demoskopischen Entwicklung eine zunehmend wichtige

Rolle spielt. Diese ungewöhnliche Aktion war erst der Auftakt zu der Kampagne „Deutschland behält die Nerven“, die längerfristig am Image der Neurologie arbeiten wird.

Das Signal am 23. Juni lautete: „Die Neurologie spielt mit, befindet sich mitten in der Gesellschaft. Und im Internet kannst du dich weiter informieren“. So wurde am gleichen Tag auch im Web der neue Auftritt www.nerven-behalten.de freigeschaltet (siehe Bilder). Hier erhält jede Zielgruppe schnell die wichtigsten Informationen über die Neurologie und die Kampagne und wird auf weitere Informationsressourcen geleitet: Neurologen auf die Seite der Fachgesellschaft www.dgn.org, Abiturienten und Medizinstudenten mit Interesse am Berufsbild auf www.junge-neurologen.de und Patienten auf www.neurologen-im-netz.

Nachwuchsarbeit = Nachwuchsförderung + Nachwuchswerbung

Warum sind derart publikumswirksame Aktionen notwendig? Die Vorzeichen in der Nachwuchsarbeit haben sich verändert: Nicht nur die Qualität der Weiterbildung derer, die sich bereits für die Neurologie entschieden haben, zählt. Auch die Quantität derer, die sich für die Neurologie entscheiden sollen, muss wachsen. Nach stets steigenden Zahlen bei den Anerkennungen zum Facharzt über 15 Jahre hinweg, sinken die Zulassungszahlen seit Kurzem wieder Angesichts der Prognosen zu den zukünftigen Patientenaufkommen tut sich hier eine Schere auf, die aus der bereits angespannten Personalsituation in den kommenden Jahren eine handfeste Versorgungskrise neurologischer Patienten ma-



Deutschland behält die Nerven
Zukunft braucht Neurologen

Verantwortlich für die Kampagne
Prof. Dr. med. Martin Grond
Chefarzt Klinik für Neurologie,
Kreisklinikum Siegen GmbH
Weidenauer Str. 76, 57076 Siegen
Telefon 0271 705-1800
Fax 0271 7051804
E-Mail:
m.grond@kreisklinikum-siegen.de

Kampagnenbüro
c/o Pressestelle der DGN,
Frank A. Miltner
albertZWEI media GmbH
Englmannstr. 2, 81673 München
Telefon 089 46148622
Fax 089 46148625
E-Mail: info@nerven-behalten.de



Freundliche Aufmachung und wichtige Basisinformationen: Der Internetauftritt www.nerven-behalten.de beschreibt die Nachwuchskampagne und stellt die Neurologie vor. Die Familie zeigt, dass Neurologen alle Generationen behandeln und ihren Teil für eine zukunftsfähige Gesellschaft beitragen.



Die Dachkampagne „Deutschland behält die Nerven“, ihre Akteure und Maßnahmen. Unter dem Dach können modular weitere Säulen und Maßnahmen aufgebaut werden.

chen wird. So lautet die strategische Formel: Nachwuchsarbeit = Nachwuchsförderung + Nachwuchswerbung.

Unter dem Dach der Kampagne „Deutschland behält die Nerven – Zukunft braucht Neurologen“ werden nun frühzeitig – schon in Gymnasien und bei frühen Semestern der Humanmedizin – die geeigneten Kandidaten identifiziert. Das Instrumentarium dafür wird ständig erweitert, derzeit ist zum Beispiel ein Medienpool in Vorbereitung: eine Online-Datenbank mit Vorträgen für Neurologen, die sich, zielgruppengerecht und multimedial aufbereitet, für die Präsentation vor Abiturienten oder Studenten eignen. Mini-Famulaturen, Aktionstage Neurologie in Universitäten und weitere Aktionen werden folgen. Das Prinzip:

Die Kampagne stellt Material und Mittel zur Verfügung, damit die Neurologen und Neurologinen vor Ort Werbung für ihr Fachgebiet betreiben können.

Übergreifende und bundesweite Aktionen werden zentral über die Dachkampagne und das zuständige Büro gesteuert. Auch die der Jungen Neurologen. Das Motto lautet: Jeder einzelne zählt, jeder Kandidat, der sich für die Neurologie interessiert und die entsprechenden Voraussetzungen mitbringt, muss persönlich davon überzeugt werden, sich schließlich für die Weiterbildung zu entscheiden.

Mit einheitlicher Botschaft die Neurologie kommunizieren

Alle Berufsverbände beteiligen sich an der Kampagne und sehen in ihr eine

Chance, auch wichtige berufspolitische Ziele in die breitere Öffentlichkeit und Multiplikatoren wie Journalisten, Gesundheitsfunktionäre und -politiker zu kommunizieren. Dazu gehört zum Beispiel, dass die Leistungen der Neurologie in Deutschland angesichts der sich in 15 bis 20 Jahren verdoppelnden Patientenzahlen einen höheren Stellenwert erhält und entsprechend honoriert wird – ein wichtiger Aspekt, um den „Brain Drain“ von Neurologen ins Ausland zu stoppen sowie die Versorgung neurologischer Patienten durch neurologische Praxen in der Fläche zu verbessern. □

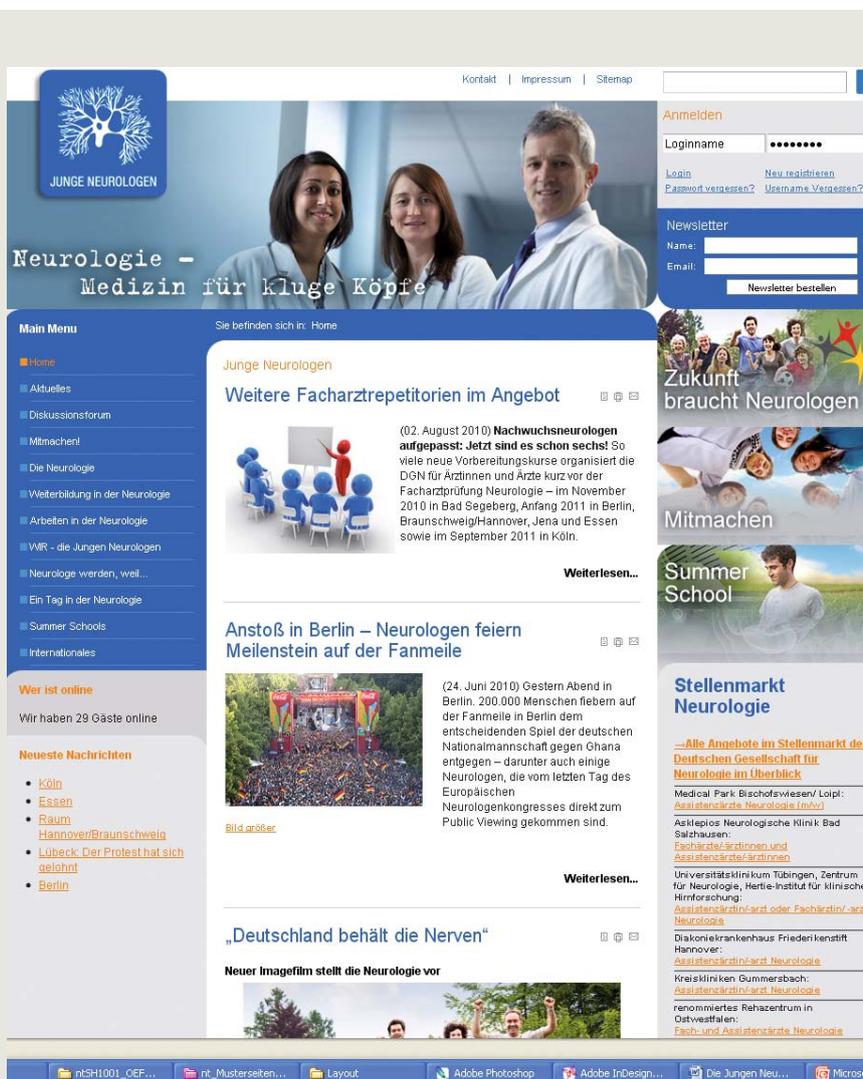
AUTOREN

**Prof. Dr. med. Martin Grond, Siegen
Frank A. Miltner, München**

Die Jungen Neurologen Nachwuchs finden – Nachwuchs binden

Den „Jungen Neurologen“ fällt bei der Nachwuchsförderung und Nachwuchswerbung als Bindeglied zwischen den Medizinstudenten, den Weiterbildungsassistenten und den arrivierteren Neurologen eine besonders wichtige Rolle zu. In nur kurzer Zeit hat die Nachwuchsorganisation mit großem Erfolg neue Veranstaltungen ins Leben gerufen und Bindungsinstrumente entwickelt.

MARTIN WOLZ UND ARNE HILLIENHOF



Neuer Internetauftritt, umfangreiches Weiterbildungsangebot: Das Engagement der Jungen Neurologen wird auch durch die DGN und die Berufsverbände unterstützt.

Im Jahr 2008 als selbstorganisierender Zusammenschluss von engagierten Assistenzärzten und dem damaligen PD Dr. Lars Timmermann (heute: Köln) gegründet, organisieren die Jungen Neurologen heute mit ihrem Sprecher Dr. Martin Wolz (Dresden) eine ganze Reihe von erfolgreichen Veranstaltungen und Bindungsinstrumenten für den Nachwuchs. Wichtigstes Kommunikationsinstrument ist seit April 2010 der neue Internetauftritt www.jungeneurologen.de. Er ist als zentrale Plattform der rund 2.000 Ärzte in Weiterbildung sowie als Kontaktstelle für interessierte Studenten aufgebaut.

Neben Serviceangeboten wie einem Verzeichnis von Praxen, die Famulaturen anbieten, beinhaltet die Website redaktionelle Beiträge, Erfahrungsberichte und Diskussionsforen und werden Einblicke in die Neurologie gegeben. Damit soll Interesse und vielleicht sogar Begeisterung für das Fachgebiet geweckt werden. Ein Stellenmarkt zeigt alle offenen Weiterbildungsstellen an, im Mitgliederbereich werden aktuelle CME-akkreditierte Fortbeitragsbeiträge kostenfrei angeboten. Ein Newsletter mit inzwischen etwa 300 Abonnenten (Stand Ende Juli 2010) informiert einmal monatlich über die Aktivitäten der Jungen Neurologen.

Summer-Schools: erfolgreiches persönliches Bindungsinstrument

Jährliche Highlights in der Nachwuchsarbeit der Jungen Neurologen sind die Summer-Schools, in diesem Jahr mit drei Veranstaltungen in Dresden, Kiel und Köln. Exzellente Referenten begeistern die jeweils rund 30 Teilnehmer für die Neurologie. Zum überwiegenden

Teil nehmen Studierende höherer Fachsemester und PJ-ler teil. Die erste Summer-School fand 2008 in Köln statt, 2009 kam Dresden hinzu, 2010 Kiel. Für das Jahr 2011 ist eine vierte Summer School geplant. (Ausführliches Programm auf der Neurowoche 2010).

Umfangreiches Programm auf der Neurowoche

Das Programm der Jungen Neurologen auf der Neurowoche 2010 in Mannheim ist im Vergleich zur DGN-Jahrestagung in Nürnberg deutlich vielfältiger und umfassender geworden (siehe Kasten). Studenten haben übrigens (mit Ausnahme der Veranstaltungen der DGN-Fortbildungsakademie) freien Eintritt auf den Kongress.

Eine weitere Initiative – besonders für kommunale Kliniken – ist die Aktion „Dein Tag in der Neurologie“: Kliniken laden Studierende ein und gestalten mit ihnen einen Tag mit praktischen Übungen am Krankenbett, einer Diskussion des Geschehenen und nicht zuletzt einer Vorstellung der Klinik. Studierenden gewinnen so einen Einblick in die Arbeit des Krankenhauses, das sich selbstredend auch als künftiger Arbeitgeber anbietet.

Facharztrepetitorien – fit für die Prüfung

Um Assistenzärzte kurz vor der Facharztprüfung bestmöglich zu unterstützen, hat die Fortbildungsakademie der DGN im Frühjahr 2010 in Jena das erste Facharztrepetitorium ins Leben gerufen. Der Erfolg hat den Bedarf aufgezeigt, daher sind alleine für das Frühjahr 2011 sechs weitere Kurse geplant (siehe Terminvorschau). Sie stellen den aktuellen Wissensstand der gesamten Neurologie in Forschung und Praxis dar. Es konnten Referenten gewonnen werden, die zum Teil seit mehreren Jahren auch als Prüfer bei den verschiedenen Ärztekammern tätig sind und in ihren Vorträgen das facharztrelevante Wissen zu den wichtigsten neurologischen Krankheitsbildern zusammenfassen. Es werden Epidemiologie, Pathologie, diagnostische Kriterien, Differenzialdiagnose sowie Therapie vorgestellt. Praktische Aspekte anhand ausgewählter Fallbeispiele runden das Lehrangebot

Die Veranstaltungen der Jungen Neurologen auf der Neurowoche 2010 in Mannheim vom 21.–25. September

Donnerstag, 23. September 2010, Seminarraum 2.10

9.45–12.30 Uhr: Junge Neurologen Science

Aus der Praxis für die Praxis, konkret und fokussiert: Renommierte Experten vermitteln zentrales Wissen rund ums Forschen und Publizieren.

Referenten: Prof. Dr. H.-C. Diener, Prof. Dr. L. Timmermann, Prof. Dr. A. Storch

9.45–10.30 Uhr: Wie erhalte ich Förderung für mein Projekt?

10.45–11.30 Uhr: Wie schreibe ich ein Paper?

11.45–12.30 Uhr: Wie präsentiere ich meine Daten?

13.00–14.30 Uhr: Junge Neurologen Karrierecoach

Ordinarien, Chefärzte und Praxisinhaber aus verschiedenen Bereichen der Neurologie stellen vor, was für sie das Besondere an der Neurologie ist und was sie jungen Neurologen (und solchen, die es werden wollen) für ihre Karriereplanung empfehlen.

Moderation: Dr. M. Wolz

Referenten: Prof. Dr. H. Reichmann, Prof. Dr. A. Engelhardt, Prof. Dr. G. Gahn, Dr. U. Meier, Dr. P. Themann

16.00: Junge Neurologen@work

Wo stehen wir? Wo geht es hin?

Arbeitstreffen der Jungen Neurologen: Besprechung der aktuellen Projekte, Strategieplanung, Aufgabenverteilung und Ideenaustausch. Eingeladen sind alle, die sich bei den Jungen Neurologen engagieren möchten!

Programm am Freitag 24. September 2010, Seminarraum 2.10010, Seminarraum 2.10

10.30–12.30 Uhr: Junge Neurologen Lounge Meeting

Die Jungen Neurologen möchten Studierende für die Neurologie gewinnen und Assistenzärzte in ihrem Berufsalltag und bei der Karriereplanung unterstützen. Der offene Treffpunkt bietet die Möglichkeit zum Kennenlernen und zum Austausch von Ideen und Anregungen. Medizinstudenten und Assistenzärzte sind herzlich willkommen.

13.00–14.30 Uhr: Junge Neurologen Survival

Wie überleben meine Patienten und ich den ersten Nachtdienst? Ein Funktionsoberarzt, ein Assistenzarzt und ein Berufsstarter erläutern die zentralen Überlebensstrategien. Tipps, Hinweise und handfeste Informationen, zum Beispiel an Hand der DGN-Behandlungspfade.

Moderation: Dr. M. Wolz

ab. Mit einer Beschränkung auf maximal 50 Teilnehmer pro Kurs ist Zeit für individuelle Fragen und Diskussionen gewährleistet.

Terminvorschau

- 10. bis 13. November 2010, Bad Segeberg, Blockseminar, CME-Punkte: 32
- 4. Januar bis 12. April 2011, Berlin, wöchentlicher Kurs
- Februar 2011, Raum Hannover/Braunschweig, Wochenend-Blockseminar

- 24. bis 26. Februar 2011, Essen, Blockseminar
- 5. bis 07. Mai 2011, Jena, Blockseminar
- 10./11. September 2011, Köln, Wochenend-Blockseminar

AUTOREN

Martin Wolz, Dresden
Arne Hillienhof, Köln

www.zns-deutschland.de

Regionale Netze bald unter einem Dach

Alle bestehenden und künftigen regionalen ZNS-Netze können sich jetzt mit finanzieller Unterstützung der Berufsverbände BVDN, BDN und BVDP eine Internetseite aufbauen. Die entscheidenden Vorteile dieses Angebots sind ein in Struktur und Layout einheitlicher Internetauftritt der regionalen ZNS-Netze, die Online-Vernetzung unter einer bundesweiten Dachseite und die kostengünstige Erstellung.

JOCHEN LAMP

Aufgrund der Entwicklungen im Gesundheitssystem hat die Gründung regionaler Netze im Bereich der Neurologie und Psychiatrie in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Ziel dieser ZNS-Netze ist es in erster Linie, die Interessen der Berufsgruppe und der Patienten gegenüber den Krankenkassen zu

vertreten und die psychiatrische sowie neurologische Versorgung in der jeweiligen Region zu optimieren. Damit sich die regionalen ZNS-Netze besser positionieren können, gibt es jetzt Unterstützung von allen drei Berufsverbänden: dem BVDN, dem BDN und dem BVDP.

Überregionaler Verbund

Als wichtigen Schritt zur Professionalisierung haben die Vorstände der drei Berufsverbände einen einheitlichen Internetauftritt aller bestehenden und künftigen ZNS-Netze angeregt. Ab Herbst 2010 wird es zudem eine überregionale Dachseite mit Dachlogo geben.

The screenshot displays the website for ZNS-Netz Deutschland, specifically the 'Rheinland-Pfalz Nord' section. The page is divided into several columns:

- Left Column:** A navigation menu listing German states from Baden-Württemberg to Thüringen. The 'Rheinland-Pfalz' section is highlighted.
- Second Column:** A map of Rheinland-Pfalz divided into sub-regions: RLP-Nord (Koblenz), RLP-West (Trier), RLP-Mitte (Idar-Oberstein, Wittlich, Kaiserslautern), and RLP-Süd (Worms, Mainz).
- Third Column:** A 'Fokus' section with two articles: 'Für die Reise: Arzneibedarf bei bestimmten Wirkstoffen bescheinigen lassen' and 'Depression. Betroffene müssen fachärztlich versorgt werden'.
- Fourth Column:** A list of 'Unsere Ärzte' (Our Doctors) with their names and addresses, such as Dr. med. Peter Breuer at 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler.
- Right Column:** An 'Arzt-Suche' (Doctor Search) form with fields for Name, PLZ, and Ort, and a 'Suche starten' button.
- Bottom Left:** A 'ZNS-News für Patienten' section with two news items dated 15.07.2010 and 14.07.2010.

Unter www.zns-deutschland.de werden Idee und Zielsetzung der ZNS-Netze vorgestellt. Von dort aus sind alle Bundesländer (z.B. www.zns-nordrhein-westfalen.de) mit ihren regionalen Netzen (z.B. www.zns-nordrhein.de) anzuklicken. Jedes regionale Netz, das im neuen „Look & Feel“ online geht, wird im „Fokus“ auf der Seite angekündigt.

Patienten erhalten regional zugeschnittene Informationen

Für die regionalen ZNS-Netze wird der Internetauftritt in enger Absprache mit den Verantwortlichen des jeweiligen Netzes erstellt. Dabei besitzt jedes regionale Netz seine eigene Internetadresse, zum Beispiel www.zns-nordrhein.de, mit dem regional angepassten Logo. Hier kann sich der Patient informieren, welche Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten in seiner Region im Verbund vertreten sind, welche Schwerpunkte die Praxen aufweisen und welche Selektivverträge mit welcher Kasse bestehen.

Der Besucher kann sich ein Bild darüber machen, welche Vorteile sich für ihn beziehungsweise für erkrankte Angehörige aus dem Bestehen des regionalen ZNS-Netzes ergeben. Ein Kurzporträt aller im Netz vertretenen Fachärzte beziehungsweise Praxen informiert den Patienten über das Leistungsspektrum und gibt weitere wichtige Auskünfte. Außerdem findet der Besucher in der Rubrik „Fokus“ unter anderem Vorankündigungen über Veranstaltungen und Termine zu Informationsabenden in der Region.

Qualitätsnachweis gegenüber den Kassen

Die gesetzlichen Krankenkassen wiederum sehen anhand der einheitlichen und professionalisierten Internetauftritte die Kompetenz und gute Organisation hinter den Netzen. Sie erhalten die Möglichkeit durch mehr Transparenz in der Qualität der Versorgungsleistungen die jeweiligen ZNS-Netze der Region als Vertragspartner besser beurteilen zu können.

Kostengünstig zum neuen Internetauftritt

Ein wichtiges Kriterium für die Entwicklung dieses Angebotes für die regionalen ZNS-Netze sind die deutlichen

Information & Anmeldung

Jochen Lamp
Monks Ärzte im Netz GmbH
Regionale ZNS-Netze
Telefon 069 678 698 90
E-Mail: jochen.lamp@monks.de

Kostenvorteile. Während die Kosten für die Erstellung von Internetauftritten in der Regel bei mehreren Tausend Euro liegen und Änderungen gesondert bezahlt werden müssen, ist der finanzielle Aufwand für die ZNS-Netze hier erheblich geringer. So fallen für das Design und die Programmierung der Homepage keine Kosten an. Stattdessen wird aber für die Erstellung der Kurzporträts der Mitgliedspraxen eine ZNS-Netz-Gebühr von 5 EUR zuzüglich Mehrwertsteuer pro Arzt und Monat erhoben. Diese wird einmal im Jahr dem ZNS-Netz in Rechnung gestellt. Für Arztpraxen, die eine Praxis-Homepage bei unserem Patientenportal www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de abonniert haben oder dies beabsichtigen, entfällt die ZNS-Netz-Gebühr.

Die Berufsverbände BVDN/BDN/BVDP unterstützen den Aufbau der Internetpräsenz der regionalen ZNS-Netze im Rahmen dieses Projekts mit einem einmaligen Förderbeitrag. Regionale ZNS-Netze mit bis zu 30 Mitgliedern erhalten 900 EUR, ZNS-Netze mit mehr als 30 Mitgliedern werden mit 1.500 EUR bezuschusst.

Zudem werden die Internetseiten der regionalen ZNS-Netze mit dem Patientenportal www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de vernetzt. Damit erhält der Besucher der regionalen ZNS-Netze zusätzlich Wissenswertes über neurologische und psychiatrische Krankheitsbilder sowie aktuelle Informationen aus Forschung, Klinik und Praxis. □

AUTOR

Jochen Lamp
E-Mail: jochen.lamp@monks.de

Netzwerke

Warum ist regionale Organisation notwendig?

Um die Versorgungssituation neurologischer Patienten und die Rahmenbedingungen für Neurologen zu verbessern, brauchen wir Berufsverbände, die als Ansprechpartner und Verhandlungspartner auf Bundesebene für die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer, die Krankenkassen, das Ministerium und die Patientenverbände zur Verfügung stehen.

UWE MEIER, FRANK BERGMANN, GUNTHER CARL, CHRISTA ROTH-SACKENHEIM

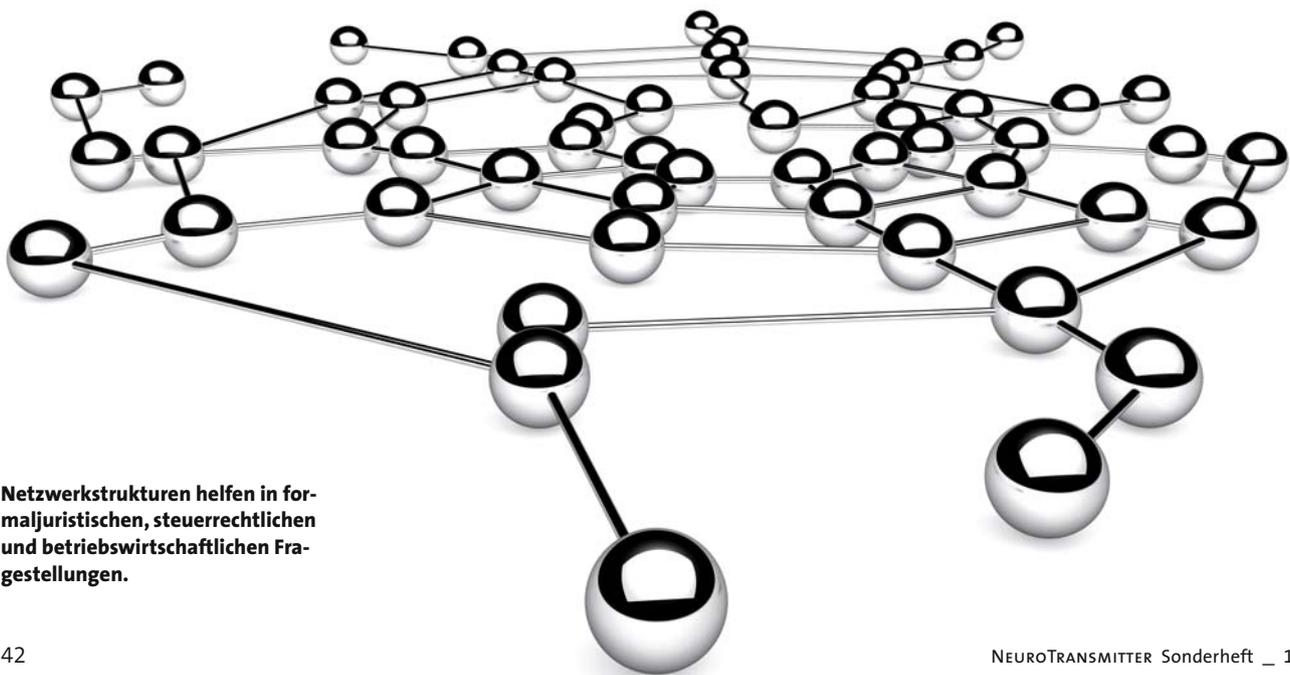
Komplementär zu den versorgungspolitischen Belangen ist die DGN für die wissenschaftliche Repräsentation des Faches zuständig. Hierzu hat sich eine enge Zusammenarbeit zwischen den Berufsverbänden und der Fachgesellschaft entwickelt. Ein Problem stellt sich auf regionaler Ebene ein: Hier wird die prosperitische Repräsentation der Neurologie traditionell von den Landesverbänden des BVDN übernommen. Der Aufbau von Landesstrukturen des BDN hat sich als zu aufwendig und teuer herausgestellt, sodass wir uns für die Benennung von BDN-Landessprechern entschieden haben. Diese haben das Mandat, mit der ärztlichen Selbstverwaltung und in Absprache mit den BVDN-Landesverbänden zu verhandeln.

Wenn es darum geht, in noch kleineren regionalen Strukturen Versor-

gung zu organisieren, reichen die bisher genannten Instanzen nicht aus. Es gibt jedoch für viele Aufgaben die Notwendigkeit, sich zu organisieren, zumal einzelne Praxen oder Kliniken zum einen von ihrem Wirkungsgrad, zum anderen vom Aufwand her überfordert sind. Dies bezieht sich etwa auf die Verhandlung und Abwicklung von Direktverträgen mit Krankenkassen, aber auch auf die Verbesserung von Effizienz, Zuweisungskultur und regionaler Öffentlichkeitsarbeit. Genau für diese Aufgaben sind Netzwerkbildungen erforderlich. Nur regionale Netzwerke verfügen über das örtliche Wissen bezogen auf Versorgungsengpässe, Unterversorgung, besondere Versorgungsprobleme einzelner Patientengruppen, spezielle Versorgungsangebote für spezielle Fragestellungen und hochspezialisierte Leistungen.

Entwicklungsstand der Netze sehr unterschiedlich

Als wir angingen, die Idee der Netzwerkbildung zu verbreiten, überraschte uns die positive Resonanz. Inzwischen wissen wir von 25 Netzen, die sich bundesweit gebildet haben, wenn auch noch mit sehr unterschiedlichem Entwicklungsstand und Organisationsgrad. Während die einen Netze bereits Verträge abgeschlossen haben, sind andere noch in der Gründungsphase. Der Aufwand für die Organisation der Netze ist eben nicht zu unterschätzen. Wichtig dabei das Wissen, dass innerhalb der Netze das Rad jeweils nicht neu erfunden werden muss. Es können insbesondere die von den Berufsverbänden entwickelten Strukturen übernommen und die von uns zur Verfügung gestellten Ressourcen genutzt werden. Umso mehr



Netzwerkstrukturen helfen in formaljuristischen, steuerrechtlichen und betriebswirtschaftlichen Fragestellungen.

sind die Netze dann in der Lage, sich um ihre eigentlichen Aufgaben, nämlich die Organisation der Versorgung vor Ort, zu kümmern.

Auch das Selbstverständnis der Netze ist noch sehr unterschiedlich: Während die einen sehr stark auf ihre Selbstständigkeit hinweisen, beklagen andere eine zu geringe Förderung von Seiten des Bundes. Wir haben aus diesem Grund die Organisation und die Förderungsmöglichkeiten von Netzen noch einmal überdacht und die Aufgabenteilung sowie Zuständigkeit neu strukturiert.

Nicht jedes Mal das Rad neu erfinden

Es macht aus unserer Sicht keinen Sinn, dass jedes Netz sich neu den formaljuristischen, steuerrechtlichen und betriebswirtschaftlichen Problemen stellt. Die Beschäftigung mit diesen Aspekten ist zweifelsohne notwendig, aber nicht originäre ärztliche Aufgabe, fehlen doch oft die gebotene Professionalität und vor allem die Zeit. Hier sind wir regional wie auf Bundesebene auf externe Berater angewiesen. Deren Wissen nur einmal akquiriert werden muss und dann an die Netze weitergegeben werden kann.

In der Vergangenheit hat es durchaus Probleme gegeben, was die Ressourcen, aber auch den Informationsfluss anbetrifft, das haben wir geändert. Ursprünglich wurde für Vertragsabschlüsse die Genossenschaft Brain Konzept gegründet, worüber wir wiederholt berichtet haben. Da einige Netze hier Bedenken in Hinblick auf ihre Autonomie wünsche äußerten, wurde dieses Konzept noch einmal überarbeitet. In der Tat ist das Genossenschaftsrecht diesbezüglich nicht unproblematisch, da die Verwendung der finanziellen Mittel in der Genossenschaftsversammlung bestimmt werden kann und die Abbildung regionaler Strukturen nicht ohne Weiteres möglich ist. Es lag daher nahe, für diese Aufgabe unsere Cortex Managementgesellschaft der Berufsverbände zur Verfügung zu stellen. Cortex kann diesem Problem gerecht werden, da regionale Netze als Kommanditisten beitreten können und vollständig wie in einem Subunternehmen einen autonomen Status erhalten. Innerhalb dieser

Substrukturen sind die Netze autark und bestimmen eigenständig die Verwendung der von Ihnen generierten Umsätze. Die Netze behalten so ihre Eigenständigkeit und können den Überbau inklusive der juristischen, steuerrechtlichen und betriebswirtschaftlichen Expertise einer professionell geführten Organisation in Anspruch nehmen.

Die Aufgabe der juristischen Beratung wird weiterhin unser Verbandsjurist Dr. Ingo Pflugmacher übernehmen. Unsere QM-Akademie Athene wird wie gehabt für die Abwicklung von Verträgen und das Datenmanagement sowie Datensicherheit verantwortlich sein. Neuer formeller Kooperationspartner wird Frielingsdorf Consult sein. Die Berufsverbände hatten hier bereits früher schon einmal intensiven Kontakt und haben an diese Zusammenarbeit angeknüpft. Der Vorteil dieser Kooperation ist, dass Frielingsdorf Consult über langjährige Erfahrungen im Aufbau von Netzen und bei der Verhandlung von Direktverträgen mit den Krankenkassen verfügt. Darüber hinaus gibt es einen großen Mitarbeiterstamm, der in der Lage ist, auch bundesweit die Betreuung der Netze zu übernehmen.

Um die Netzbetreuung effizienter gestalten zu können, werden die Anforderungen, Strukturen und Abläufe beim Netzaufbau stärker als bisher standardisiert, was auch die Kommunikation und den Informationsfluss vereinfachen soll. Hierzu werden Materialien in Form eines Handbuchs entwickelt, das den Netzen zur Verfügung gestellt wird. In dem Netzhandbuch werden hierzu allgemeine Informationen sowie Informationen zu Kostenstrukturen und zur Anleitung zum Gründen von Netzen enthalten sein. Darüber hinaus werden Beratungsleistungen für Netzverträge angeboten. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Kosten von Seiten des Bundes zur Verfügung beglichen werden. □

AUTOREN

Dr. med. Uwe Meier, Grevenbroich,
Dr. med. Frank Bergmann, Aachen,
Dr. med. Gunther Carl, Kitzingen,
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim,
Andernach

Cortex

- Managementgesellschaft der Berufsverbände zur Abwicklung des steuerlich relevanten operativen Geschäftes (z.B. Veranstaltungen der Landesverbände, Direktverträge) als Service für die Mitglieder
- Vertragsabschlüsse mit Krankenkassen und andere Geschäftsabschlüsse stellvertretend für die Verbände
- Regionale Netzwerke können als Kommanditisten von Cortex Verträge abschließen und Erträge „autonom“ verwalten

Frielingsdorf Consult

- Beratung einzelner Mitglieder oder Gruppen von Mitgliedern der Berufsverbände, die beabsichtigen ein Praxisnetz zu gründen oder ein Netz bereits gegründet haben
- Organisation von Motivationsseminaren zu den Themen Netzbildung, Netzgründung und anderen hierfür relevanten Fragestellungen für die Mitglieder der Berufsverbände

Athene-Akademie

- Datenmanagement laufender Verträge zwischen Netzwerken und Krankenkassen
- Sicherstellung der Datensicherheit

RA Dr. Pflugmacher

- Vertragsprüfung
- Juristische Beratung bei Vertragsabschlüssen

Gemeinsame Information zusammen mit den Berufsverbänden:

- Handbuch
- Online-Portal zur Information der Mitglieder
- Turnusmäßiger Newsletter
- Jährliche Netzkonferenz

Termine

VERANSTALTUNGEN BDN	
Dienstag 21.9.2010 11.30–13.00 Uhr Gustav Mahler-Saal V	<p>BDN-Forum 2010: Netzwerke MS – Forschung, Versorgung und Kooperation Vorsitz: H. C. Diener, Essen, U. Meier, Grevenbroich</p> <p>Das Kompetenznetz Multiple Sklerose stellt sich vor H. Wiendl, Münster</p> <p>16b-Ambulanzen und kooperative Versorgung aus juristischer Sicht I. Pflugmacher, Rechtsanwältin, Bonn</p> <p>Forschungs- und Versorgungsnetzwerke aus Sicht der Universitätskliniken B. Hemmer, München</p> <p>Sektorübergreifende Expertennetzwerke und die Zukunft der MS-Versorgung U. Meier, Grevenbroich</p>
Freitag, 24.9.2010 20.00 Uhr, direkt nach der Mitgliederversammlung der DGN im Mozartsaal	Mitgliederversammlung BDN 2010
VERANSTALTUNGEN „JUNGE NEUROLOGEN“	
Donnerstag, 23.9.2010 9.45–12.30 Uhr	<p>Junge Neurologen Science Aus der Praxis für die Praxis, konkret und fokussiert: Die Referenten vermitteln zentrales Wissen rund ums Forschen und Publizieren. Chair: Prof. Dr. Lars Timmermann</p>
9.45–10.30 Uhr	<p>Wie erhalte ich Förderung für mein Projekt? Referent der Deutschen Forschungsgemeinschaft</p>
10.45–11.30 Uhr	<p>Wie schreibe ich ein Paper? Prof. Hans-Christoph Diener, Essen</p>
11.45–12.30 Uhr	<p>Wie präsentiere ich meine Daten? Prof. Dr. Lars Timmermann, Köln</p> <p>Kontakt: Prof. Dr. med. Lars Timmermann: lars.timmermann@uk-koeln.de, Dr. med. Arne Hillienhof: info@diqn.de</p>
Donnerstag, 23.9.2010 13.00–14.30 Uhr	<p>Junge Neurologen Karrierecoach Ordinarien, Chefarzte und Praxisinhaber aus verschiedenen Bereichen der Neurologie stellen vor, was für sie das Besondere an der Neurologie ist und was die Jungen Neurologen (und solchen, die es werden wollen) für ihre Karriereplanung empfehlen. Danach besteht die Möglichkeit, die Referenten anzusprechen und konkrete Karrierefragen mit ihnen zu diskutieren. Und Kaffee gibt's obendrein. Die Referenten: Prof. Dr. Heinz Reichmann, Universitätsklinik Dresden; Prof. Dr. Engelhardt, Ev. Krankenhaus Oldenburg; Prof. Dr. Georg Gahn, Städtisches Klinikum Karlsruhe; Dr. Uwe Meier, Niedergelassener Krefeld/Grevenbroich; Dr. Peter Themann, Klinik am Tharandter Wald, Hetzdorf (Rehabilitation)</p> <p>Kontakt: Dr. med. Martin Wolz: Martin.Wolz@neuro.med.tu-dresden.de, Dr. med. Arne Hillienhof: info@diqn.de</p>
Donnerstag, 23.9.2010 16.00 Uhr	<p>Junge Neurologen at work: Wo stehen wir? Wo geht es hin? In diesem Arbeitstreffen geht es um die Besprechung der aktuellen Projekte, um Strategieplanung, Aufgabenverteilung und Ideenaustausch. Eingeladen sind alle an der Arbeit der Jungen Neurologen Interessierten!</p> <p>Kontakt: Dr. med. Martin Wolz: Martin.Wolz@neuro.med.tu-dresden.de, Dr. med. Arne Hillienhof: info@diqn.de</p>
Freitag, 24.9.2010 10.30–12.30 Uhr	<p>Junge Neurologen Lounge Meeting Die Jungen Neurologen möchten Studierende für die Neurologie gewinnen und Assistenzärzte in ihrem Berufsalltag und bei der Karriereplanung unterstützen. Die Initiative steht allen offen. Ideen, Mitarbeit, Kritik – alles ist willkommen. Der „Offene Treffpunkt Junge Neurologen“ bietet die Möglichkeit zur Besprechung, zum Kennenlernen und zum Austausch von Ideen und Anregungen.</p> <p>Kontakt: Haidar Dafsari: haidar.salimi-dafsari@uk-koeln.de, Dr. med. Arne Hillienhof: info@diqn.de</p>
Freitag, 24.9.2010 13.00–14.30 Uhr	<p>Junge Neurologen Survival: Wie überleben meine Patienten und ich den ersten Nachtdienst? Ein Funktionsoberarzt, ein Assistenzarzt und ein Berufsstarter erläutern die zentralen Überlebensstrategien. Es gibt Tipps, Hinweise und handfeste Informationen, zum Beispiel an Hand der DGN-Behandlungspfade.</p> <p>Kontakt: Dr. Martin Wolz: Martin.Wolz@neuro.med.tu-dresden.de, Ole Hensel: ole.hensel@medizin.uni-halle.de, Haidar Dafsari: haidar.salimi-dafsari@uk-koeln.de</p>
NUP-TAG	
Samstag, 9.4.2011, Köln	<p>9. Deutscher Neurologen- und Psychiatertag</p> <p>Kontakt: bvdn.bund@t-online.de</p>

Therapierefraktäre Epilepsie: Neues Wirkprinzip in Sicht

↳ Als pharmakoresistent gelten Epilepsieerkrankte gemäß der kürzlich von einer ILAE-Kommission überarbeiteten Definition, wenn sie nach zwei Therapieversuchen mit bestimmungsgemäß (Anfallstyp) und adäquat (Dosis und Dauer) eingesetzten Antikonvulsiva im Mono- oder Kombinationsregime nicht anfallsfrei sind. Patienten, die diese Kriterien erfüllen, dürfen nach Auffassung von Dr. Günter Krämer, Zürich, jedoch nicht zu therapeutischem Nihilismus verleiten. Denn Pharmakoresistenz sei kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Prozess.

Dass es sich lohnt, immer wieder neue Optionen auszuprobieren, demonstrierte Krämer am Beispiel einer britischen Untersuchung. Bei einer Kohorte von 155 Epilepsie-

kranken, bei denen bereits im Mittel sechs Antikonvulsiva nicht gewirkt hatten, konnte mit einer erneuten Modifikation der Medikation in 16 Prozent der Fälle doch noch Anfallsfreiheit und in weiteren 21 Prozent eine Anfallsreduktion von mehr als 50 Prozent erreicht werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Studien mit gleicher Zielsetzung aus den USA und Israel.

Besonders gute Chancen lassen, zumindest theoretisch, Therapieversuche mit Substanzen erwarten, die einen ganz anderen Wirkmechanismus aufweisen als die bisher verfügbaren Antiepileptika. Ein solcher Hoffnungsträger ist Retigabin, das sich derzeit in Europa und den USA im Zulassungsverfahren befindet. Molekulares Target ist erstmals der Kaliumkanal.

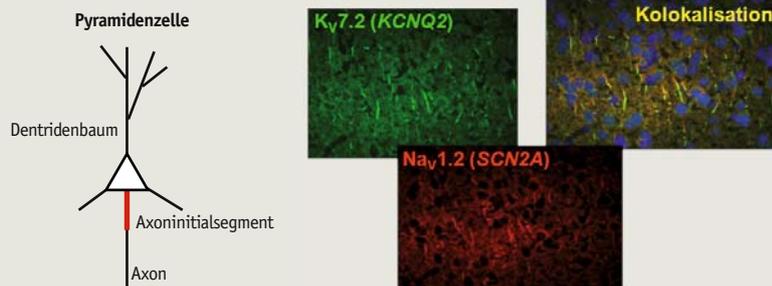
Kaliumkanal-Öffner

Vorrangig im Nervensystem exprimiert werden Kaliumkanäle vom Kv7-Typ. Sie sitzen am Axoninitialsegment der Neurone und regulieren dort nach Angaben von Prof. Holger Lerche, Tübingen, das Membranpotenzial vor allem nahe an der Schwelle, bei der ein Aktionspotenzial ausgelöst wird. Je nach Offenheit ist die Feuerungsrate der Nervenzelle hoch oder niedrig. Retigabin bindet relativ selektiv an eine bestimmte Gruppe dieser Kv7-Kanäle (Kv7.2 bis Kv7.5) und stabilisiert ihren offenen Zustand. Das vermindert die (Über-)Erregbarkeit der Zelle. Seine antikonvulsive Wirkung hat der „Kaliumkanal-Öffner“ bereits in zwei Phase-III-Studien bei Patienten mit refraktären fokalen Epilepsien unter Beweis gestellt. Add-on zur unzureichend wirksamen Basistherapie mit in der Regel zwei- oder drei Antikonvulsiva wurden Responseraten (mindestens 50-prozentige Anfallsreduktion) je nach Dosis zwischen 39 und 55 Prozent mit signifikanter Überlegenheit zur Plazebogabe erreicht.

Gabriele Blaeser-Kiel

**Satellitensymposium „Schwer zu behandelnde Epilepsien – Definition und Therapie neu durchdacht“ bei der 50. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie
Wiesbaden, 29. April 2010
Veranstalter: GlaxoSmithKline**

Lokalisation



Parkinson: Pramipexol retard vereinfacht die Therapie

↳ Rund ein Jahr nach Einführung von Pramipexol retard ziehen Neurologen ein positives Fazit. Der einmal täglich einzunehmende Non-Ergot-Dopaminagonist erleichtert die Therapie und kann so die Compliance fördern. Zwei neue Dosierungen tragen zu einer weiteren Vereinfachung bei.

Pramipexol retard (Sifrol® Retard) steht seit 15. Juli in zwei neuen (1,57 und 2,62 mg) und somit insgesamt sieben Dosierungen (0,26 bis 3,15 mg) zur Verfügung, sodass sowohl die Aufdosierung als auch die Erhaltungstherapie jeweils mit einer Tablette am Tag möglich ist. Das sei ein Alleinstellungsmerkmal gegenüber anderen oralen Retard- und Pflasterformulierungen von Non-Ergot-

Dopaminagonisten, hob Prof. Dr. Heinz Reichmann, Dresden, hervor. Dr. Werner E. Hofmann, Aschaffenburg, würde im Prinzip allen Patienten unter Pramipexol die Umstellung auf die Retardformulierung anbieten und Patienten, die einen Non-Ergot-Dopaminagonisten erhalten sollen, bevorzugt auf Pramipexol retard einstellen, um das Therapieschema zu vereinfachen.

Auf Retardformulierung umstellen

Wie Reichmann betonte, ist die Umstellung sehr einfach möglich: In einer Studie war sie bei 84,5 Prozent der Patienten ad hoc über Nacht erfolgreich – bei 82,8 Prozent ohne Dosisanpassung. Er erwartet sich von dem Switch auch positive Effekte auf die

Müdigkeit, die kurz nach Einnahme von Pramipexol auftreten kann, weil die Plasmaspiegel der Retardformulierung weniger steil ansteigen. Hofmann bestätigte dies am Beispiel eines Patienten. In Studien hatten beide Formulierungen ein vergleichbares Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil, diese waren jedoch auch nicht darauf ausgelegt, einen Unterschied bei der Müdigkeit zu zeigen.

Petra Eiden

**Pressegespräch „Sifrol® Retard in der Praxis – Erfahrungen mit der Um- und Neueinstellung“, anlässlich des 20th Meeting of the ENS, Berlin, 21.6.2010
Veranstalter: Boehringer Ingelheim**

Effektive Schmerzlinderung bei zervikaler Dystonie

➔ Bis zu 75 Prozent der von zervikaler Dystonie Betroffenen leiden an Schmerzen, deren Intensität bei rund jedem Zweiten so stark ist, dass dadurch die Lebensqualität und die Funktionalität im Alltag erheblich beeinträchtigt werden. Zu den Folgeerscheinungen der chronischen Schmerzen zählen unter anderem Depressionen, Angststörungen, Berufsunfähigkeit und soziale Isolierung.

Eine kürzlich veröffentlichte Analyse dreier randomisierter kontrollierter Studien habe gezeigt, so Prof. Mark Lew, Direktor der Movement Disorders Clinic in Los Angeles/USA, dass durch die Gabe des Botulinum-Neurotoxins Typ B (BoNT-B; Neuro-

Bloc®) signifikant höhere Responder-Raten auf der Schmerz-Subskala der „Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale“ (TWSTRS) zu erreichen sind (jeweils $p < 0,05$) im Vergleich zu Placebo oder einer Behandlung mit BoNT Typ A. Als Response wurde eine mindestens 20-prozentige Besserung der Scores auf der Schmerz-Subskala gewertet.

In einer Reihe randomisierter, doppelblinder, Placebo-kontrollierter Studien sei die gute Verträglichkeit und hohe Effizienz des BoNT-B sowohl bei BoNT-A-Respondern als auch bei BoNT-A-resistenten CD-Patienten belegt worden. Bei BoNT-naiven Patienten sei die BoNT-B-Effizienz vergleichbar mit jener

von BoNT-A. Die Langzeitsicherheit und -effizienz von BoNT-B sei in einer offenen Langzeitstudie belegt worden. Diese Erfahrungen seien dazu geeignet, so Lew, BoNT-B als Therapie der ersten Wahl insbesondere bei CD-Patienten mit ausgeprägter Schmerzkomponente anzusehen.

Dr. rer. nat. Ingeborg Cernaj

**Satelliten-Symposium am Rande des
1. Internationalen Kongresses zur
Therapie von Dystonien
Hannover, 7. Mai 2010
Veranstalter: Eisai**

Neue Wege in der MS-Therapie

➔ Die Behandlungs- und Versorgungssituation von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) weist eklatante Defizite auf. Das belegen die Daten der von dem Unternehmen Novartis unterstützten Versorgungsstudie MS-EXPERT. Vor allem in ländlichen Regionen ließ ein Leitlinien-konformes Vorgehen zu wünschen übrig, berichtete Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen, Dresden. Die Versorgungsplanung und entsprechende Versorgungsmaßnahmen sollten daher differenzierter nach Stadt/Land und bestehenden Strukturen erfolgen. Dabei sollten

auch regionale Stärken und Schwächen berücksichtigt werden, so dass die entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen nach regionaler Priorität und Machbarkeit geplant und umgesetzt werden, postulierte Wittchen.

Die bisher verfügbaren immunmodulatorischen Basistherapien haben nur eine limitierte Wirksamkeit, gab Prof. Dr. Bernd Kieseier, Düsseldorf, zu bedenken. Sie reduzieren die Schubraten um rund 30 Prozent. Patienten mit primär progredienter MS könne damit nicht geholfen werden,

da sich die konventionellen Immunmodulatoren nicht gegen die Neurodegeneration richten.

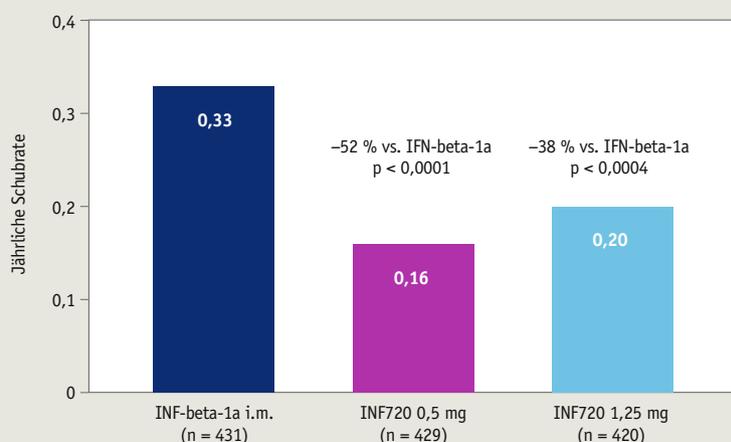
Mit FTY720 (Fingolimod) wurde ein oraler Wirkstoff mit innovativem Wirkmechanismus entwickelt. Die Substanz bindet an den Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor von Lymphozyten und hindert die Zellen am Austritt aus den Lymphknoten. Die Lymphozytenfunktion im Gewebe bleibt erhalten.

FTY720 (1,25 und 5,0 mg/d) wurde in zwei klinischen Studien bei Patienten mit schubförmiger MS untersucht. In der TRANSFORMS-Studie reduzierte Fingolimod (0,5 und 1,25 mg/d) nach zwölf Monaten die jährliche Schubrate signifikant stärker als intramuskulär injiziertes Interferon (IFN) beta-1a (s. Abb.). Auch die Zahl der GD+-Läsionen war in den beiden FTY720-Armen niedriger ($p < 0,0005$). In der FREEDOMS-Studie wurde der neue Wirkstoff gegen Placebo geprüft. Die jährliche Schubrate wurde durch die 0,5-mg-Dosis um 54% und durch die 1,25-mg-Dosis um 60% im Vergleich zu Placebo reduziert (jeweils $p < 0,001$). Laut Kieseier hat FTY720 ein gutes Verträglichkeits- und Sicherheitsprofil.

Abdol A. Ameri

**Fachpresseworkshop „Unmet Needs in
der MS-Therapie: Was bringt die Zukunft?“
München, 11. Mai 2010
Veranstalter: Novartis**

**TRANSFORMS-Studie: Jährliche Schubrate unter
FTY720 versus Interferon beta-1a**



*FTY720 senkt die jährliche Schubrate signifikant mehr als Interferon beta-1a

Neurone vernetzen sich nach Hirnverletzungen neu

➔ Nervenzellen werden im frühen Alter bis zur Adoleszenz nach dem Motto „fire together, wire together“ miteinander vernetzt, erklärte Prof. Ulf T. Eysel, Bochum. Auf unterschiedliche Anforderungen und auch bei Verletzungen reagieren die Neurone in dieser Zeit schnell durch die Knüpfung neuer Netzwerke. Aber auch das ausgewachsene Gehirn weist eine erstaunliche Plastizität auf. Insbesondere die Hirnrinde kann selbst im fortgeschrittenen Alter beispielweise auf wiederholtes Üben mit einer Funktionsverbesserung reagieren. Diese Plastizität beruht auf gebrauchsbabhängigen, flexiblen Veränderungen der Verschaltung in den komple-

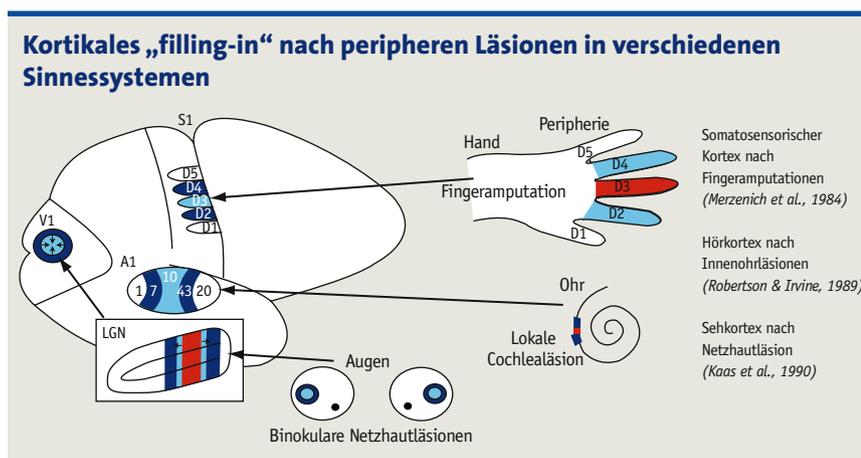
xen neuronalen Netzwerken. Das Gehirn ist lebenslang imstande, je nach Aktivität seine Vernetzung und die Stärke seiner Verbindungen zu ändern. Verletzungen im Nervensystem initiieren eine Sequenz zentraler Reorganisationsprozesse, das Gehirn versucht den Funktionsverlust zu kompensieren. Wird beispielsweise die Netzhaut des Auges beschädigt, erhalten die Nervenzellen, die für den beschädigten Bereich zuständig sind, keine Informationen mehr. Im Gehirn wird ein Bild des Schadens projiziert. Inaktive Zellen in der Nachbarschaft werden reaktiviert und übernehmen neue Funktionen. Zunächst werden vorübergehende,

später dann bleibende Verknüpfungen gebildet. Nach gewisser Zeit wandern so von den Außenbereichen wieder Informationen in den blinden Bereich. Dabei wird das Repertoire der frühkindlichen Entwicklung wieder reaktiviert.

Ohne Üben keine Neuverschaltung

Im Tiermodell konnte gezeigt werden, dass auch Stammzellen aus den Hirnventrikeln in die geschädigten Areale einwandern. Dabei werden aber nur funktionell sinnvolle Verdrahtungen stabilisiert, sinnlose werden rigoros abgebaut. Eine unkontrollierte Neuverdrahtung oder ausuferndes Wachstum würde im Gehirn zu erheblichen Fehlfunktionen führen. Deshalb bleibt beim Erwachsenen die spontane Reorganisation räumlich begrenzt und verzichtet auf weitreichende Wachstumseffekte. „Dies untermauert aber auch, wie notwendig frühzeitige Rehabilitationsmaßnahmen zum Beispiel nach Schlaganfall sind. Ohne Üben, ohne funktionelle Aktivierung sieht es auch schlecht mit der Aktivierung der neu verschalteten Neurone aus“, so das Fazit von Eysel.

Dr. Katrin Wolf



**9. Lundbeck Dialog ZNS
Bergisch Gladbach, 21. April 2010
Veranstalter: Lundbeck GmbH**

Antikonvulsivum bestens bewährt seit einem Jahrzehnt

➔ Zehn Jahre nach der Zulassung kann Levetiracetam eine positive Bilanz ziehen: Inzwischen ist es das bevorzugte Antikonvulsivum der ersten Wahl in der Monotherapie. Die Erfolgsgeschichte beruht unter anderem auf breiter Wirksamkeit, optimaler Pharmakokinetik und guter Verträglichkeit.

Sieben Zulassungserweiterungen binnen zehn Jahren kann Levetiracetam (Keppra®) vorweisen. Dieses umfassende Spektrum spricht für das Potenzial des Wirkstoffs, sowohl in der Mono- als auch in der Kombinationstherapie. Er zeigt laut Prof. Dr. Christian E. Elger, Direktor Klinik für Epileptologie Universitätsklinik Bonn, „eine ungewöhnliche Überlegenheit und schlägt Vergleichssubstanzen um Längen“. Levetiracetam

zeichnet sich durch optimale pharmakokinetische Eigenschaften, ein breites Wirkungsspektrum sowie einen schnellen Wirkeffekt aus: „Das ermöglicht bereits im frühen Stadium Therapiesicherheit für die Patienten“. Darüber hinaus ist es nebenwirkungs- und risikoarm und bewirkt keine klinisch relevanten Interaktionen mit anderen Substanzen. Auch als Add-on lässt sich mit Levetiracetam Anfallsfreiheit gut erreichen, so Prof. Elger. Studien belegen die hohe Wirksamkeit als Zusatztherapie bei fokalen Anfällen.

Das geringe Interaktionspotenzial und die gute Verträglichkeit wirkt sich positiv auf die Effizienz der Therapie aus, so Prof. Dr. Andreas Schulze-Bonhage, Leiter Epilepsiezentrums Universitätsklinikum Freiburg:

„Probleme, wie sie beispielsweise die alten AED als meist starke Enzyminduktoren mit sich bringen, fallen weg“. Levetiracetam ermöglicht nach Erfahrung des Freiburger Neurologen „eine multidimensionale und patientenindividuelle Therapie“. Der Wirkstoff bietet auch Vorteile in der Anwendung. Er lässt sich schnell sowie einfach eindosieren und erfordert kein aufwendiges Drug-Monitoring.

Birgit Frohn

**Satellitensymposium „10 Jahre Keppra®:
von der Erstzulassung zum Mittel der 1.
Wahl in der Monotherapie“
Wiesbaden, 29.4.2010
Veranstalter: UCB GmbH**

Ich will Mitglied werden!

■ An die Geschäftsstelle der Berufsverbände BVDN, BDN, BVDP Krefeld
Am Zollhof 2a, 47829 Krefeld, Fax: 02151 45 46 925

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN) (Mitgliedsbeitrag 300–500 EUR, je nach Landesverband).
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Neurologen e. V. (BDN) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefarzte/Niedergelassene; 260 EUR für Fachärzte an Kliniken; 55 EUR für Ärzte in Weiterbildung).
- Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BDN und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP) (Mitgliedsbeitrag 435 EUR für Chefarzte/Fachärzte an Kliniken/Niedergelassene).
- Ich wünsche die DOPPELMITGLIEDSCHAFT – BVDP und BVDN – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 485 EUR.
- Ich wünsche die DREIFACHMITGLIEDSCHAFT – BVDN, BDN und BVDP – zum Mitgliedsbeitrag von insgesamt 625 EUR.

Zusatztitel oder -qualifikation (z. B. Psychotherapie, Sonografie): _____

Tel.-Nr. _____ Fax _____

E-Mail/Internet: _____

- Ich bin
- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> niedergelassen | <input type="checkbox"/> in der Klinik tätig | <input type="checkbox"/> Chefarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent | <input type="checkbox"/> Neurologe | <input type="checkbox"/> Nervenarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis tätig mit: _____ | | | |

Ich wünsche den kostenlosen Bezug einer der folgenden wissenschaftlichen Fachzeitschriften im Wert > 170 EUR/Jahr:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fortschritte Neurologie / Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Aktuelle Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Klinische Neurophysiologie, EEG-EMG | <input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis |
| <input type="checkbox"/> Die Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Psychotherapie im Dialog |
| <input type="checkbox"/> Ppmp – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie | <input type="checkbox"/> Balint-Journal |

Es ist nur eine Auswahl pro Mitglied möglich.

Zum Eintritt erhalte ich die BVDN-Abrechnungskommentare (EBM, GOÄ, Gutachten, IGeL, Richtgrößen etc.).

- NERFAX-Teilnahme gewünscht

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den BVDN/BDN/BVDP (nicht Zutreffendes ggf. streichen) widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

Konto-Nr.: _____

bei der _____ BLZ _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Einen Widerruf werde ich der Geschäftsstelle des Berufsverbandes mitteilen.

Name: _____

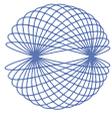
Adresse: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Praxisstempel (inkl. KV-Zulassungs-Nr.)





BVDN

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

■ www.bvbn.de

Vorstand/Beirat

1. Vorsitzender: Frank Bergmann, Aachen
Stellv. Vorsitzender: Gunther Carl, Kitzingen
Schriftführer: Roland Urban, Berlin
Schatzmeister: Paul Reuther, Bad-Neuenahr-Ahrweiler
Sektion neue Bundesländer: Lutz Bode, Eisenach
Beisitzer: Christa Roth-Sackenheim, Andernach; Uwe Meier, Grevenbroich; Paul Reuther, Bad Neuenahr-Ahrweiler

1. Vorsitzende der Landesverbände

Baden-Württemberg: Falk von Zitzewitz, Klaus Peter Westphal
Bayern: Gunther Carl
Berlin: Gerd Benesch
Brandenburg: Gisela Damaschke
Bremen: Ulrich Dölle
Hamburg: Guntram Hinz
Hessen: Werner Wolf
Mecklenburg-Vorpommern: Ramon Meißner, Frank Unger
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Frank Bergmann, Angelika Haus
Rheinland-Pfalz: Klaus Sackenheim
Saarland: Helmut Storz
Sachsen: Babette Schmidt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Fritz König
Thüringen: Konstanze Tinschert
Westfalen: Klaus Gorsboth

Gremien des BVDN

SEKTIONEN
Nervenheilkunde: F. Bergmann
Neurologie: U. Meier
Psychiatrie/Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim

ARBEITSKREISE

Neue Medien: A. Hillienhof
EDV, Wirtschaftliche Praxisführung: Th. Krichenbauer
Forensik und Gutachten Psychiatrie: P. Christian Vogel
Gutachten Neurologie: F. Jungmann
Konsiliarneurologie: S. Diez
Konsiliarpsychiatrie: N. N.
Belegarztwesen Neurologie: J. Elbrächter
Fortbildung Assistenzpersonal: K.-O. Sigel, R. Wietfeld
U. E. M. S. – Psychiatrie, EFPT: R. Urban
U. E. M. S. – Neurologie: F. Jungmann
DMP und IV: U. Meier, F. Bergmann, P. Reuther, G. Carl

AUSSCHÜSSE

Akademie für Psychiatrische und Neurologische Fortbildung: A. Zacher, U. Meier
Ambulante Neurologische Rehabilitation: W. Fries
Ambulante Psychiatrische Reha/Sozialpsychiatrie: S. Schreckling
CME: P. Franz, F. Bergmann, P. Reuther
Gebührenordnungen: F. Bergmann, G. Carl
Öffentlichkeitsarbeit: F. Bergmann
Neurologie/Psychiatrie: G. Carl, P. Reuther, A. Zacher
Gerontopsychiatrie: F. Bergmann
Psychotherapie: C. Roth-Sackenheim, U. Thamer
Organisation BVDN, Drittmittel: G. Carl, F. Bergmann
Weiterbildungsordnung und Leitlinien: W. Lünser, Ch. Vogel, F. Bergmann, G. Carl

Kooperation mit Selbsthilfe- und Angehörigen-gruppen: U. Brickwedde (Psychiatrie), H. Vogel (Neurologie)

REFERATE

Demenz: J. Bohlken
Epileptologie: R. Berkenfeld
Neuroangiologie, Schlaganfall: K.-O. Sigel, H. Vogel
Neurootologie, Neuroophthalmologie: M. Freidel
Neuroorthopädie: B. Kugelgen
Neuropsychologie: T. Cramer
Neuroonkologie: W. E. Hofmann, P. Krauseneck
Pharmakotherapie Neurologie: K.-O. Sigel, F. König
Pharmakotherapie Psychiatrie: R. Urban
Prävention Psychiatrie: N. N.
Schlaf: R. Rodenschatz, W. Lünser

Schmerztherapie Neurologie: H. Vogel
Schmerztherapie Psychiatrie: R. Wörz
Suchttherapie: U. Hutschenreuter, R. Peters
Umweltmedizin Neurologie: M. Freidel

Geschäftsstelle des BVDN

D. Differt-Fritz
 Gut Neuhof, Am Zollhof 2 a, 47829 Krefeld
 Tel.: 02151 4546920, Fax: 02151 4546925
 E-Mail: bvbn.bund@t-online.de
Bankverbindung: Sparkasse Neuss
 Kto.-Nr.: 800 920 00, BLZ 305 500 00
BVDN Homepage: <http://www.bvbn.de>
Cortex GmbH s. oben Geschäftsstelle BVDN



Berufsverband Deutscher Neurologen

■ www.neuroscout.de

Vorstand des BDN

Vorsitzende: Uwe Meier, Grevenbroich; Hans-Christoph Diener, Essen
Schriftführer: Christian Gerloff, Hamburg
Kassenwart: Karl-Otto Sigel, München
Beisitzer: Rolf F. Hagenah, Rotenburg; Frank Bergmann, Aachen; Peter Berlit, Essen; Heinz Herbst, Stuttgart
Beirat: Elmar Busch, Gelsenkirchen; Andreas Engelhardt, Oldenburg; Peter Franz, München; Matthias Freidel, Kaltenkirchen; Holger Grehl, Erlangen; Heinz Herbst, Stuttgart; Fritz König, Lübeck; Frank Reinhardt, Erlangen; Claus-W. Wallesch, Magdeburg

Ansprechpartner für Themenfelder

IV und MVZ: U. Meier, P. Reuther
GOÄ/EBM: R. Hagenah, U. Meier, H. Grehl
CME: P. Franz
Qualitätsmanagement: U. Meier
Risikomanagement: R. Hagenah
Öffentlichkeitsarbeit: Vorstand BDN
DRG: R. Kiefer

Delegierte in Kommissionen der DGN

Leitlinien: U. Meier
Versorgungsforschung: U. Meier
Weiterbildung/Weiterbildungsermächtigung: R. Hagenah
Anhaltzahlen/Qualitätssicherung: F. Reinhardt, P. Reuther
Rehabilitation: H. Masur
CME: P. Franz, F. Jungmann, P. Reuther
DRG: R. Hagenah, R. Kiefer

Verbindungsglied zu anderen Gesellschaften oder Verbänden

DGNR: H. Masur / **AG ANR:** P. Reuther
BV-ANR: P. Reuther / **UEMS:** F. Jungmann

BDN-Landessprecher

Baden-Württemberg: Heinz Herbst
Bayern: Karl-Otto Sigel
Berlin: Walter Raffauf
Brandenburg: Martin Delf, Frank Freitag
Bremen: Helfried Jacobs, Bremen
Hamburg: Heinrich Goossens-Merk, Peter Emrich
Hessen: Alexander Simonow
Mecklenburg-Vorpommern: Liane Hauk-Westerhoff
Niedersachsen: Elisabeth Rehkopf, Joachim Beutler
Nordrhein: Uwe Meier
Rheinland-Pfalz: Günther Endrass
Saarland: Joachim Eißmann, Richard Rohrer
Sachsen: Elke Wollenhaupt
Sachsen-Anhalt: Michael Schwalbe
Schleswig-Holstein: Meyer-Hülsmann
Thüringen: Barbara Schwandt
Westfalen: Klaus Gorsboth



Berufsverband Deutscher Psychiater

■ www.bv-psychiater.de

Vorstand des BVDP

1. Vorsitzende: Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Stellvertretender Vorsitzender: Christian Vogel, München
Schriftführer: Hans Martens, München
Schatzmeister: Gerd Wermke, Homburg/Saar
Beisitzer: Uwe Bannert, Bad Segeberg; Frank Bergmann, Aachen; Werner Kissling, München; Hans Martens, München; Greif Sander, Sehnde

Referate

Soziotherapie: S. Schreckling
Sucht: G. Sander
Psychotherapie/Psychoanalyse: H. Martens

Forensik: C. Vogel

Übende Verfahren – Psychotherapie: G. Wermke
Psychiatrie in Europa: G. Wermke
Kontakt BVDN, Gutachterwesen: F. Bergmann
ADHS bei Erwachsenen: J. Krause
PTSD: C. Roth-Sackenheim
Migrationssensible psych. Versorgung: G. Sander

BVDP-Landessprecher

Bayern: Hans Martens, Christian Vogel
Baden-Württemberg: Herbert Scheiblich
Berlin: Norbert Mönter
Brandenburg: n.n.
Bremen: n.n.
Hamburg: Ute Bavendamm, Guntram Hinz
Hessen: Peter Kramuschke
Mecklenburg-Vorpommern: n.n.
Niedersachsen: Norbert Mayer-Amberg
Nordrhein: Christian Raida
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Rossbach
Saarland: Gerd Wermke
Sachsen: Bennemann
Sachsen-Anhalt: Regina Nause
Schleswig-Holstein: Uwe Bannert
Thüringen: Lutz Bode
Westfalen: Rüdiger Sassmannshausen